



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

SAYONARA MARIA SOUZA PEREIRA

**SAÚDE NA PERSPECTIVA DE DIREITOS: CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS/AS
E PROFISSIONAIS DO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS/PB**

SOUSA – PB
2018

SAYONARA MARIA SOUZA PEREIRA

**SAÚDE NA PERSPECTIVA DE DIREITOS: CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS/AS
E PROFISSIONAIS DO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, campus Sousa, como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Me. André de Menezes Gonçalves.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Biblioteca Setorial de Sousa UFCG/CCJS
Bibliotecária – Documentalista: MARLY FELIX DA SILVA – CRB 15/855

P436s Pereira, Sayonara Maria Souza.
Saúde na perspectiva de direitos: concepções de usuários(as) e profissionais do Hospital Regional de Cajazeiras/PB . / Sayonara Maria Souza Pereira. - Sousa: [s.n.], 2018.

104 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais - CCJS/UFCG, 2018.

Orientador: Prof. Me. André de Menezes Gonçalves.

1. Serviço Social. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Direito a Saúde. 4. Usuários e Profissionais. I. Título.

Biblioteca do CCJS - UFCG

CDU 36:342.7

SAYONARA MARIA SOUZA PEREIRA

**SAÚDE NA PERSPECTIVA DE DIREITOS: CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS/AS
E PROFISSIONAIS DO HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS/PB**

Aprovada em: 09/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. André de Menezes Gonçalves

Orientador

Profa. Palloma Maria Gomes Jácome

Examinadora

Prof. Dr. Reginaldo Pereira França Junior

Examinador

Aos meus pais, Vilian e Miraci, por nunca medirem esforços para realizar os meus sonhos e por sempre acreditarem em mim. E ao meu amor, Fábio Lima, por tanto incentivo e apoio em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por tudo que tenho e sou, pela minha vida, por tanto amor, por nunca ter me dado fardos maiores do que eu pudesse suportar, por me ouvir e me atender em todas as minhas orações e por me permitir realizar conquistas como essa. Sem Ti nada sou Senhor.

Àqueles que por mim tudo fazem, que me criaram e educaram, que sonham comigo um futuro melhor, meus pais, Vilian e Miraci. Minha base, meu porto seguro. Por tanto cuidado, por sempre estarem comigo me fortalecendo em todos os momentos, me apoiando, me ensinando a nunca desistir dos meus objetivos e nunca medindo esforços para realizar meus sonhos.

Ao meu amor, Fábio Lima, a minha imensa gratidão por tanto apoio, por sempre me incentivar a crescer e não medir esforços para ver a minha felicidade. Por tanto amor, carinho, atenção e compreensão, por estar comigo (mesmo que nem sempre fisicamente) em todos os momentos, fortalecendo a minha fé, me fazendo acreditar e confiar que tudo dará certo. Amo você!

Aos meus avós, maternos e paternos (in memoriam), por sempre acreditarem em mim e torcerem pela conquista de meus objetivos.

Ao meu velhinho, Altino Aquino (Lalá) (in memoriam), por seu cuidado, por sua preocupação em como eu iria para a universidade, do que precisaria e de como seria, por toda a sua ajuda e por sempre ter torcido por mim.

Aos meus amigos e amigas de turma que estão comigo desde o início dessa caminhada compartilhando vários momentos de alegrias, angústias e vitórias.

Em especial a Amanda Laysse, Cílija Oliveira, Natália Fernandes, Rita de Kássia, Éllida Kaline, Francisco Gomes, Lualla Gaddary, Joelma Albuquerque e Vinícius Lopes, por toda a ajuda, das mais variadas formas, e por compartilhar tantos momentos juntos, desde os primeiros instantes na UFCG, as boas risadas, os bons momentos e o companheirismo. Amizades que terei o prazer de levar para fora da vida acadêmica.

Ao meu orientador, André de Menezes, por todo conhecimento repassado!

A professora Palloma Jácome e ao professor Reginaldo França, integrantes da banca examinadora, pelas ricas e importantes contribuições para esse trabalho!

À professora Cibelly Michalane, por sua imensa contribuição inicial, que mesmo não acompanhando o decorrer e fim da pesquisa, foi alguém que me incentivou e proporcionou os primeiros passos para a realização desse trabalho.

A todos e todas as professoras e professores do curso de Serviço Social da UFCG campus Sousa, que contribuíram imensamente com a minha formação acadêmica.

A Fernanda Fernandes, assistente social do Hospital Regional de Cajazeiras, por toda atenção e tempo para me ajudar nos contatos com profissionais e usuários/as. Uma pessoa especial, que com sua bondade, doçura, empatia e muita boa vontade me ajudou muito na pesquisa de campo. Um exemplo de profissional para mim!

As minhas supervisoras de estágio, de início Jucicleide Pereira e posteriormente Ana Paula Moraes, por toda colaboração, o conhecimento repassado e o aprendizado profissional que me proporcionaram.

A todos e todas os/as participantes da pesquisa, usuários/as e profissionais do Hospital Regional de Cajazeiras. Sem os/as quais este trabalho não teria sido realizado.

A todos e todas que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desse trabalho.

RESUMO

A saúde como direito social foi implementada na Constituição Federal de 1988, fruto de intensas lutas e uma conquista da classe trabalhadora. O Sistema Único de Saúde (SUS) e os princípios que o norteiam materializam essa conquista. No entanto, dadas às condições da conjuntura histórica, os direitos sociais vêm sendo alvo de constante processo de desregulamentação, precarização e privatização. Usuários/as e profissionais dessa política, como sujeitos/as fundamentais na sua materialização, vivem cotidianamente tais aspectos. Face a isso, a presente pesquisa busca elucidar sobre as concepções desses dois grupos acerca da saúde e de sua efetivação à luz dos direitos, objetivando a análise dessas concepções, de forma a compreendê-la para além da concepção de saúde-doença. Busca apreender a identificação das principais dificuldades encontradas pelos/as usuários/as, o conhecimento sobre como se dá a sua materialização pelos/as profissionais, bem como a compreensão de como se apresenta os aspectos do processo de precarização da política de saúde na realidade desses sujeitos. A pesquisa é do tipo exploratória de campo, utilizando a abordagem qualitativa, o método crítico-dialético e técnica da entrevista no formato estruturado, tendo como instrumento para coleta de dados o formulário. O local de pesquisa é o Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), situado na cidade de Cajazeiras, interior do estado da Paraíba. As constatações da pesquisa demonstram que os sujeitos possuem concepções diversas e multidimensionais acerca do conceito saúde, que as dificuldades elencadas por profissionais na materialização desse direito perpassam por questões relacionadas aos recursos para o sistema como também por aspectos da própria instituição, revelando que embora tenham sido grandes as conquistas nessa política, ainda há muito para ser alcançado.

Palavras-chave: Saúde; Sistema Único de Saúde; Direito Social.

ABSTRACT

Health as a social right was implemented in the Federal Constitution of 1988, fruit of intense struggles and a conquest of the working class. The Unified Health System (SUS) and the principles that guide it materialize this achievement. However, given the conditions of the historical conjuncture, social rights have been the subject of a constant process of deregulation, precariousness and privatization. Users and professionals of this policy, as fundamental subjects in their materialization, live these aspects daily. In view of this, the present research seeks to elucidate the conceptions of these two groups about health and its effectiveness in light of the rights, aiming the analysis of these conceptions, in order to understand it beyond the conception of health-disease. It seeks to understand the identification of the main difficulties encountered by the users, the knowledge about how they materialize by the professionals, as well as the understanding of how the aspects of the process of precariousness of health policy are presented in the reality of these subjects. The research is of the exploratory field type, using the qualitative approach, the critical-dialectical method and interview technique in the structured format, having as form for data collection the form. The research site is the Regional Hospital of Cajazeiras (HRC), located in the city of Cajazeiras, in the state of Paraíba. The findings of the research demonstrate that the subjects have diverse and multidimensional conceptions about the concept of health, that the difficulties listed by professionals in the materialization of this right are related to issues related to the resources for the system as well as aspects of the institution itself, revealing that although the achievements in this policy have been great, there is still much to be achieved.

Keywords: Health; Health Unic System; Social Law.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANFIP – Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil
ANS – Agência Nacional de Saúde
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CFM – Conselho Federal de Medicina
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFINS – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF – Distrito Federal
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC – Emenda Constitucional
FNS – Fundo Nacional de Saúde
HRC – Hospital Regional de Cajazeiras
LOS – Lei Orgânica de Saúde
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Impostos sobre Circulação de mercadorias
IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPVA – Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PT – Partido dos Trabalhadores
SAMS – Sistema de Assistência Médica Complementar
SDD – Sistema de Desembolso Direto
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS - Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| CAPÍTULO I: DESCREVENDO O OBJETO DE PESQUISA: A SAÚDE NA PERSPECTIVA DE DIREITO | 15 |
| 1.1. Demarcações Sobre o Tema e Problematização do Objeto..... | 15 |
| 1.2. Método, Tipo de Pesquisa, Instrumento e Sujeitos da Investigação | 22 |
| 1.3. Serviço Social e o Processo de Investigação Social..... | 26 |
| CAPÍTULO II: DAS BASES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL AO CONTEXTO ATUAL | 30 |
| 2.1. Construção da Política de Saúde Brasileira e a Reforma Sanitária | 31 |
| 2.2. A Conquista do SUS: A Saúde como Direito Social..... | 41 |
| 2.3. A Saúde Pós Anos 2000: Avanços e Limites no Desenvolvimento do SUS..... | 51 |
| 2.4. Reflexos para os/as Usuários/as do Hospital Regional de Cajazeiras e suas Concepções sobre a Saúde | 58 |
| CAPÍTULO III: O SERVIÇO SOCIAL E OUTRAS PROFISSÕES NA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA SUA EFETIVAÇÃO COMO DIREITO | 67 |
| 3.1. Concepções de Assistentes Sociais e Outros Profissionais acerca da Saúde e sua Efetivação à luz dos Direitos | 72 |
| 3.2. O Princípio de Integralidade e a Atuação Multiprofissional em Saúde | 80 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 88 |
| REFERÊNCIAS | 91 |
| APÊNDICES..... | 96 |

INTRODUÇÃO

Os direitos sociais situam-se no sentido subjetivo do entendimento do termo direito, ou seja, no sentido referente ao poder legítimo de uma pessoa, ou grupos de pessoas, que pode ser exigido dos poderes públicos a proteção devida como também o cumprimento de determinada prestação social (PEREIRA et al., 2009).

A presente pesquisa se dá em torno da discussão sobre a saúde como direito social, enfatizando acerca de sua efetivação com base nas concepções daqueles/as a quem se destina este direito, os/as usuários/as. E também de profissionais que estão diretamente ligados/as a sua materialização, envolvendo algumas áreas como a medicina, a enfermagem, o serviço social e a psicologia, considerando a relevância e necessidade da atuação multiprofissional para viabilização do direito à saúde no Hospital Regional de Cajazeiras.

Os/as usuários/as, mais do que aqueles/as que demandam os serviços da política de saúde, precisam ser evidenciados enquanto sujeitos de direitos que têm voz e opiniões, as quais são fundamentais na efetivação desta política. Os/as, profissionais por sua vez, são aqueles/as que viabilizam a política e, mais do que agentes da prática em saúde, são sujeitos/as que possibilitam mudanças, a partir de sua articulação e consciência política.

Destarte, discutir a saúde na perspectiva de direito social exige sua compreensão enquanto tal, bem como uma interpretação que vai além da perspectiva saúde-doença. Para isso é necessário uma análise que perpassa por seu percurso histórico e enfoca os/as sujeitos/as usuários e profissionais desta política que a acessam e lhe dão materialidade como direito e como serviço.

Os motivos para a realização desse trabalho perpassam por indagações proporcionadas pela experiência da Disciplina de Estágio Obrigatório I e II feito no local escolhido para a pesquisa empírica, e de aproximações com a temática “saúde” proporcionada pela produção de um artigo acadêmico, na Disciplina de Direitos Humanos do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Assim como as constantes e atuais tentativas de desmonte desse direito, evidenciadas desde o início de sua implementação, num cenário adverso de conquistas e

retrocessos na esfera social, presenciado até hoje pelo processo de precarização e privatização dos serviços, aspectos explicitados no decorrer da pesquisa.

Como objetivo geral elenca-se a análise das concepções de usuários/as e profissionais sobre a efetivação da saúde numa perspectiva de direito social no Hospital Regional de Cajazeiras, de forma a compreendê-la para além da concepção de saúde-doença, mas como direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas. E também na dimensão do princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que busca ultrapassar a prática apenas curativa e envolve uma equipe multidisciplinar para viabilização da saúde.

Dentre os objetivos específicos destacam-se: Identificar as principais dificuldades encontradas pelos/as usuários/as na política de saúde. Conhecer sobre como se dá a materialização da saúde pelos/as profissionais à luz dos direitos. E compreender aspectos do processo de precarização na política de saúde e como se apresenta na realidade dos/as usuários/as do Hospital Regional de Cajazeiras.

No primeiro capítulo, “Descrindo o Objeto de Pesquisa: A Saúde na Perspectiva de Direito”, é apresentado o objeto de pesquisa, alguns dados que visam mostrar a realidade da saúde brasileira em contexto atual, bem como a justificativa, os objetivos e os caminhos metodológicos utilizados no desenvolvimento deste trabalho. Expondo sobre o método escolhido para análise, o universo e amostra, conceituando o tipo de pesquisa e o instrumento utilizado.

É, ainda, apresentado o Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), instituição onde foi feita a pesquisa, sua história, como é sua estrutura e os serviços que presta. Como foi o trabalho em campo, a partir de aspectos facilitadores e das dificuldades apresentadas. E, por último, é explicitado sobre a relação entre a pesquisa e o serviço social a fim de expor sua importância para a formação e atuação profissional.

No segundo capítulo, “Das Bases da Política de saúde no Brasil ao Contexto Atual”, é feito o resgate histórico da sua construção na realidade brasileira, enfatizando o desenvolvimento do movimento de Reforma Sanitária, suas contribuições, contradições e resultados, expondo a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) e dessa como direito após a Constituição Federal de 1988.

Posteriormente, é discutido sobre a saúde após os anos 2000, mediante os avanços e limites postos para a política. E em seguida, é exposto o perfil biográfico dos/as usuários/as da pesquisa e as falas com as concepções dos/as usuários/as, sujeitos

da pesquisa empírica, sobre o que é saúde, essa enquanto direito social, seus conhecimentos, e avaliações dos serviços da instituição e as respectivas análises.

No terceiro capítulo, “O Serviço Social e Outras Profissões na saúde: Contribuições para sua Efetivação Enquanto Direito”, é versado sobre as profissões na saúde, a inserção e atuação do Serviço Social, e das profissões de Medicina, Enfermagem e Psicologia. Buscando mostrar o desenvolvimento dessas quatro profissões na área da saúde e alguns de seus princípios norteadores respaldados nos códigos de ética e outros documentos específicos. Em seguida, é discutido sobre o princípio de integralidade e a atuação multiprofissional, como aspectos fundamentais na efetivação da saúde como direito.

Por fim, são apresentados/as os/as profissionais da pesquisa, mediante o perfil biográfico, em seguida, suas falas e das concepções sobre saúde, a sua materialização à luz dos direitos e suas avaliações da política na esfera pública e privada.

Em relação às considerações finais, pôde ser compreendido que usuários/as e profissionais possuem concepções amplas e diversas do conceito saúde, bem como dessa enquanto direito social. Ainda, que os profissionais reconheçam a importância da multidisciplinariedade são apresentadas algumas dificuldades para sua materialização na instituição. Sendo revelada também a fragilidade na participação política dos/as profissionais nos espaços de controle social da política de saúde, como as Conferências de Saúde, e a comprovação do que alguns estudos mostram, da fragilidade no conhecimento de usuários/as sobre a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

Que a saúde teve inúmeros avanços desde a sua implementação é inegável, mas ainda há muito o que ser debatido e conquistado a partir do entendimento de que o Sistema Único de Saúde ainda está sujeito a aperfeiçoamentos, em que usuários/as e profissionais são fundamentais nesse processo, e também de outros aspectos evidenciados nessa pesquisa.

CAPÍTULO I

DESCREVENDO O OBJETO DE PESQUISA: A SAÚDE NA PERSPECTIVA DE DIREITO

Este capítulo é composto por três itens. O primeiro versa sobre a apresentação do objeto de pesquisa e a sua problematização, expondo também os objetivos geral e específicos dessa trabalho, a justificativa e os motivos que levaram a escolha da temática e a importância de seu estudo.

O segundo item traz o diálogo com alguns autores elucidando sobre o método utilizado: o crítico-dialético. Como também, apresenta o tipo, o instrumento de pesquisa utilizado e os sujeitos da investigação, explicitando os critérios de escolha destes/as e os aspectos éticos que visam assegurar o sigilo e a privacidade dos/as usuários/as e profissionais participantes.

Por último, o terceiro item expõe sobre a relação entre Serviço Social e a Pesquisa Social, situando sua relação com o objeto de estudo e o processo de inserção da pesquisa no âmbito acadêmico da profissão, sendo ressaltada a importância da dimensão investigativa para a formação e intervenção profissional.

1.1. Demarcações Sobre o Tema e Problematização do Objeto

A saúde como direito social é consolidada no Brasil na Constituição Federal de 1988. Após tomar uma dimensão política, envolvendo a participação de novos sujeitos nas discussões sobre o tema, entrando nas pautas de reivindicação de diversos movimentos sociais, essa deixa de ser interesse apenas de técnicos ou profissionais da área e ingressa num debate atrelado à democracia.

O objeto de pesquisa do presente trabalho se constitui na saúde como direito social na perspectiva de usuários/as e profissionais dessa política, no sentido de elucidar sobre como esses/as a entendem à luz dos direitos e como ocorre sua efetivação dentro

de um contexto contraditório, de privatização da saúde e regressão de direitos sociais, tendo como local para investigação o Hospital Regional de Cajazeiras/PB (HRC).

Com base no princípio de integralidade¹ do Sistema Único de Saúde (SUS) é que se escolhem profissionais que compõem uma equipe de atuação multiprofissional com categorias definidas de acordo com a Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). É de suma importância tal atuação na efetivação da saúde de modo que se busca elucidar: Qual a perspectiva destes para além da dimensão curativa? Como estes dão materialidade a esta política à luz dos direitos? E quais as dificuldades e facilidades nesse processo?

Em relação aos/as usuários/as, também participantes da pesquisa, entendo esses/as como fundamentais na efetivação dessa política, como sujeitos de direitos que são ao mesmo tempo destinatários/as e favorecidos/as por essa e, por vezes, vítimas de seu processo de desmonte e precarização. Os quais precisam ter participação e voz ativa. Quem são esses/as usuários/as e quais seus conhecimentos sobre seus direitos na saúde são indagações para ponto de partida dessa análise.

É possível notar, sem fazer grande esforço, que há uma distância relevante entre a saúde no âmbito jurídico-legal e a sua efetividade na realidade contemporânea brasileira. Evidenciando a negação de um direito afirmado como de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, de acordo com a Constituição Federal de 1988. Neste sentido, a concretização da saúde, conforme o arcabouço jurídico-normativo, se constitui como um grande desafio.

As medidas tomadas pelo atual governo de Michel Temer, justificando o controle da crise econômica, têm efeitos que rebatem diretamente em políticas sociais como a saúde. Com a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) N° 55/2016², que prevê uma redução nos gastos sociais como a saúde e educação durante duas décadas, prejudicando em especial aqueles que dependem exclusivamente da saúde

¹ Exposto na Constituição Federal, nos artigos que tratam da saúde e posteriormente explicitado na Lei 8.080/90, o princípio de integralidade refere-se “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Ou seja, diz respeito ao atendimento integral, que compreende desde os serviços da atenção básica aos atendimentos mais complexos da atenção terciária. Em que deve haver a compreensão do/a usuário/a em sua complexidade, inserido em um contexto social, e para isso precisa de uma equipe diversificada, multiprofissional.

² Tem por alcunha: PEC do Teto dos Gastos Públicos. A mesma altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por 20 exercícios financeiros, existindo limites individualizados para as despesas primárias de cada um dos três Poderes, do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União.

pública, noto a precarização e sucateamento deste direito e o incentivo aos planos de saúde privados, tornando a área um terreno fértil para investimentos e lucros da iniciativa privada.

Prevalece o discurso da contenção de gastos, das contrarreformas³ em nome da estabilidade econômica. A recente proposta de mudanças na Lei nº 9656/1998 dos planos de saúde, também demonstra a burocratização do acesso à saúde e as regalias ao setor privado.

A mesma elenca pontos como: a segmentação de cobertura assistenciais que institui planos de saúde baratos mediante a redução do rol de serviços que o usuário tem acesso, sendo facultativa a adesão ao rol de serviços e procedimentos completo e atualizado; o reajuste após os 60 anos, em que as operadoras e empresas poderão aplicá-lo para este público usuário, indo contra o previsto no Estatuto do Idoso, sob a justificativa de que “o valor do plano aumenta muito antes dos 60 anos e, com a alteração, haveria maior diluição temporal do impacto do valor na mensalidade”; a diminuição do ressarcimento ao SUS, do valor pago pelas operadoras sempre que clientes de planos de saúde são atendidos na rede pública, valor este cobrado pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e repassado para o Fundo Nacional de Saúde (FNS), em que o SUS perde ainda mais recursos; a diminuição no valor das multas aplicadas pela as operadoras por denúncias ou ilegalidades destas com os consumidores; entre outros pontos (ABRASCO; CEBES; IDEC; 2017, *online*).

Bahia, em entrevista ao CNS sobre os principais pontos do projeto que pode alterar a Lei dos Planos de Saúde afirmou sobre a possibilidade de ficarmos sem Sistema Único de Saúde:

Nós vamos ficar sem SUS e sem plano. Quem é que vai poder pagar o plano barato? E barato quanto? Vai ter qual cobertura? Água e aspirina? A renda per capita da população está em torno de R\$ 700. Esse é o Brasil. Esse é o país real com aproximadamente 200 milhões de pessoas que precisam de saúde, não é o país que os empresários têm na cabeça [...] (2017, *online*).

Sobre uma análise da rede privada de saúde a professora afirma:

as empresas de saúde estão muito bem. Na realidade, o faturamento das empresas aumenta o tempo todo, muito mais do que todos os outros indicadores, mais do que o número de clientes, mais do que a inflação, mais do que tudo. Não é justificável que se mude uma lei porque meia dúzia de

³ São consideradas contrarreformas, com base em Behring e Boschetti (2007), períodos de crises estatais em que são apontadas como principais causas os altos gastos do Estado e como principal solução a redução desses, de forma que tal reforma desestrutura e recai especialmente sobre as políticas sociais, configurando-se assim não numa reforma que busca melhorias, mas nunca contrarreforma que traz retrocessos para a esfera social e consequentemente para a classe trabalhadora, aspectos nitidamente vivenciados no atual governo Temer.

empresas está mentindo, dizendo que esta com dificuldades financeiras. Quem está com dificuldade financeira é o povo, é o SUS. Se os planos populares forem aprovados, a saúde vai ser um acesso mitigado, racionado. Essa ideia que qualidade e excelência estão no setor privado e tudo que é de ruim está no setor público é extremamente preconceituosa. Ela não se verifica na prática. Temos uma parte da rede privada que é péssima (ibidem).

A partir disso, noto que após anos de luta para a consolidação da saúde como direito ainda é preciso avançar para a sua efetivação enquanto tal. Princípios como a universalidade (que prevê o acesso para todos/as sem discriminação de qualquer natureza, rebatendo a lógica de contrato predominante desde os primórdios da política de saúde, na qual havia o acesso apenas de trabalhadores formais vinculados à previdência), a integralidade das ações e serviços (elucidada anteriormente) e a participação popular (consistindo na inserção de usuários/as em decisões pertinentes e fiscalização da política de saúde, na qual ainda é desafio a informação e comunicação a fim de que estes se reconheçam como fundamentais na reivindicação deste direito) , dentre outros princípios, vêm sendo feridos no decorrer dos anos pós-SUS, como resultado da inserção e ênfase da política neoliberal no Brasil.

Ainda nos anos 1980 no contexto de crise do capital, sob aparência de uma crise fiscal do Estado, tem início no Brasil um processo de contrarreforma nas políticas sociais, de acordo com Behring e Boschetti (2007), configurou-se como “reformas orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social” (p.148).

Na saúde desenvolve-se a partir desse contexto a disputa entre dois projetos, o projeto de reforma sanitária que tem por base o Estado Democrático de Direito, premissas da saúde como direito social e dever do Estado e estratégias de ação a descentralização com controle social, e o projeto privatista da saúde voltada para o mercado, o qual tem por base o Estado mínimo, premissas de parcerias e privatização e estratégias de ação a refilantropização (BRAVO, 2011).

Aspectos como o descumprimento dos princípios do SUS, a escassa divulgação dos direitos dos usuários, a intensificação da privatização da saúde, de que são exemplos contemporâneos a criação da EBSEH⁴ (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) e a aprovação da proposta de Emenda Constitucional mencionada

⁴ Criada pela Lei 12.550 de 2011 e instalada pela Portaria n.º 442, de 25 de abril de 2012. Tem como finalidade administrar instituições públicas federais de ensino ou congêneres de serviços de apoio ao tripé de ensino, pesquisa e extensão, em que inclui os hospitais universitários e demais das esferas de governo federal, estadual e municipal (OLIVEIRA, 2014).

anteriormente, transformando-a em mercadoria para venda e obtenção de lucro da iniciativa privada, sob o discurso de maior eficácia nas ações e serviços, evidenciam o retrocesso desta enquanto direito.

Mota (2009) chama atenção para a minimização da questão saúde e da desresponsabilização do Estado, quando afirma: “chega a ser provocatório o histórico discurso de ministros e secretários sobre redução de filas nos hospitais e ambulatórios, como se fosse uma mera questão administrativa ou de má utilização dos “fartos” recursos disponíveis para o sistema público de saúde” (p. 06).

Profissionais e usuários/as da política de saúde vivem cotidianamente tais aspectos. Estes são sujeitos fundamentais na sua concretização e por isso a importância de análise sobre suas compreensões acerca da temática abordada, e de como esse processo de desconstrução e retrocesso do direito à saúde se apresenta em suas realidades.

Como objetivo geral define-se a análise das concepções de usuários/as e profissionais sobre a efetivação da saúde numa perspectiva de direito social no Hospital Regional de Cajazeiras, de forma a compreendê-la para além da concepção de saúde-doença, mas como direito de todos/as e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas.

Dentre os objetivos específicos destacam-se identificar as principais dificuldades encontradas pelos/as usuários/as na política de saúde, conhecer sobre como se dá a materialização da saúde pelos/as profissionais à luz dos direitos e compreender aspectos do processo de privatização e precarização na política de saúde e como se apresenta na realidade dos/as usuários/as do HRC.

O local de pesquisa, como mencionado anteriormente, é o Hospital Regional de Cajazeiras. O mesmo se configura como um campo de materialização da política de saúde, classificado como de média complexidade, localizado na cidade de Cajazeiras, interior do Estado da Paraíba. Sua história tem início no ano de 1937 quando o Bispo Dom João da Mata teve a iniciativa de construir um hospital para a cidade de Cajazeiras, apoiado pelo Padre Fernando Gomes e o Médico Celso Martins.

A priori a instituição foi chamada de Hospital Regional Doralice de Almeida. Depois se alterou o nome para Hospital Regional Dr. José de Souza Maciel em homenagem ao primeiro cajazeirense a se formar em medicina na cidade de Salvador. Hoje conhecido como o Hospital Regional de Cajazeiras, este atende a 15 municípios, oferecendo serviços de clínica médica e cirúrgica, urgência e emergência,

UTI (Unidade de Terapia Intensiva), maternidade e UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais).

Os motivos para a realização da pesquisa sobre o tema perpassam por indagações proporcionadas pela experiência de estágio em Serviço Social no local escolhido para pesquisa, onde foi possível, de acordo com as demandas, vivenciar contradições e fragilidades na política de saúde com os efeitos do neoliberalismo, mediante os poucos investimentos e a desconstrução do SUS. Proporcionando o interesse na aproximação e apreensão de tais questões.

O breve relato retirado do diário de campo referente à Disciplina de Estágio Curricular Supervisionado II faz alusão e evidencia o questionamento em torno da temática a ser discutida: 15 de maio de 2017, mais um dia comum em um Hospital público brasileiro que recebe diversas demandas no setor urgência/emergência. A usuária havia dado entrada cedo de manhã, vítima de acidente, tinha recebido os primeiros socorros e agora se encontrava interna em um dos eixos do setor de acolhimento, apresentando fortes dores, vômito e ferimentos. Sua acompanhante ia de instante em instante a sala da assistente social obter informações sobre o exame que a usuária precisava. A resposta era a mesma desde a manhã, o Hospital não tinha condições para realizar o exame devido à falta de estrutura necessária, tinha um convênio com uma clínica privada, porém esta estava com o equipamento quebrado, restando apenas a opção da família custear o exame.

Mais tarde o pai da usuária chegou até o Hospital justificando a demora por residir na zona rural e que só a pouco ficara sabendo do acidente da filha. Sendo informado da mesma forma que a acompanhante sobre o exame, ele ficou cabisbaixo, dizendo não ter dinheiro algum no momento para o exame. Relatando ter apenas um relógio que iria tentar vendê-lo e arranjar o restante do valor para pagar o exame, pois as dores de cabeça se intensificavam assim como os demais sintomas.

O homem saiu da sala dizendo retornar logo após quando tivesse o dinheiro, e ainda na recepção do Hospital já oferecia o relógio justificando a necessidade de pagar o exame da filha, saiu e ofereceu a todos que se encontravam na calçada do hospital. A situação era vexatória e triste.

Uma ocorrência comum e cotidiana nos serviços de saúde pública, o qual chega a ser naturalizado pelo discurso raso da insuficiência do Estado com as políticas sociais. Um caso de mais uma cidadã e usuária dentre tantas e tantos que sofrem os efeitos da precarização da saúde pública brasileira. Que tem seu direito cotidianamente

negligenciado pela desconstrução e fragilização do SUS. Em que resta a opção de acesso pela via do consumo, transformando o direito em produto e o/a usuário/a em consumidor/a.

É possível analisar, a partir disso, que embora esteja previsto a complementariedade da iniciativa privado ao SUS, conforme a Constituição Federal, e a Lei 8.080/90⁵, há a tendência de sucateamento do setor público e maiores investimentos no setor de saúde privado.

A pesquisa realizada por Correia et, al (2017), mediante dados disponibilizados pelo DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), confirma tal tendência. Em que, partir de 2012, há a predominância e aumento dos investimentos na compra de serviços da produção ambulatorial⁶ ao setor privado, nesse ano a porcentagem do setor público equivalia a 49,20% versus 50,80% do setor privado. Nos anos seguintes as porcentagens equivaliam respectivamente em 2013 a 48,30% e 51,70%, e em 2015 47,70% e 50,30%.

Isso mostra como tem sido progressivo o processo de utilização dos recursos em saúde para o fortalecimento da esfera privada. De modo que, em detrimento da ampliação da saúde pública, tal processo desestrutura o que foi previsto pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, de alocação exclusiva do fundo público no setor estatal, e também os serviços de saúde pública que visam garantir o acesso a esse direito.

Outro ponto que motivou a realização da pesquisa sobre o tema foram as aproximações com a temática Saúde como direito proporcionadas pela produção de um artigo intitulado “Saúde Pública e Direitos Humanos: a saúde numa perspectiva social e de direito humano fundamental”, na Disciplina de Direitos Humanos do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, que favoreceram também a escolha por discutir o assunto.

⁵ Ambas explicitam o seguinte: Na Constituição art. 199 § 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 lucrativos (BRASIL, 1988); e na Lei art. 24: Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada (BRASIL, 1990).

⁶ De acordo com o Ministério da Saúde é responsável pela atenção básica e de média complexidade. Os serviços da atenção básica “correspondem a ações de promoção da saúde, redução de danos, prevenção de agravos, monitoramento da situação de saúde, tratamento e reabilitação. Os procedimentos de média complexidade são: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; cirurgias ambulatoriais especializadas; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestesia” (CORREIA, et, al, 2007, p. 9-10).

Nos dois casos, da realização de estágio no hospital e da construção do artigo, houve o despertar de curiosidades e indagações em torno da saúde na perspectiva de direito assegurado constitucionalmente e de sua efetividade enquanto tal.

Por fim, é preciso frisar sobre a importância da temática no meio acadêmico, uma vez que a saúde materializada no SUS é fruto de uma luta histórica da classe trabalhadora por seus direitos, aliada aos/as profissionais comprometidos/as com seu caráter público. E o mesmo vem sendo fragilizado, desconstruído cotidianamente, com a recorrente e gradativa substituição pelo setor privado mediante dados explicitados acima. Havendo assim, a necessidade de fortalecimento do SUS, o conhecimento e discussão de seus princípios, de seus avanços e desafios a fim de reafirmá-lo pelo viés do direito, do público, da cidadania.

1.2. Método, Tipo de Pesquisa, Instrumento e Sujeitos da Investigação

A pesquisa social se constitui como uma modalidade no âmbito das ciências sociais, de acordo com Guerra (1998) enquanto investigação e interpretação da realidade é um trabalho de desvendamento do real que exige a intervenção da razão na organização dos princípios explicativos e na articulação dos conceitos.

A produção de conhecimento proporcionada pela pesquisa, por sua vez, tem orientação voltada aos interesses da classe burguesa, de modo que, nesta concepção, gera para as ciências sociais a dificuldade de afirmação da sua cientificidade e eficiência. Lara (2007) diz que o seu modo específico de produção de conhecimento é questionado pelos “filisteus capitalistas”, que só consideram objetivas as ciências com resultados em favor do avanço das forças produtivas.

É necessário, porém, ressaltar os critérios que diferenciam as ciências sociais sem isentar a cientificidade (DESLANDES; MINAYO, 2010): o objeto das ciências sociais é histórico, no sentido de que são específicos o espaço e a formação social da existência das sociedades humanas. Além disso, outro critério é a existência de uma identidade entre sujeito e objeto significando que o sujeito é parte da realidade que pesquisa. E o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo, ou seja, é na própria realidade que há a riqueza de significados, mais que qualquer teoria, pensamento e discurso elaborados sobre ela.

Como método investigativo para interpretação e análise neste trabalho defino o crítico-dialético marxista “enquanto abordagem que considera a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais” (DESLANDES; MINAYO, 2010, p. 24).

Considerando, em Marx, toda uma abordagem complexa e da totalidade da saúde como direito enquanto objeto dessa pesquisa, em suas múltiplas determinações e a fim de ultrapassar sua aparência fenomênica e imediata, é que escolhi o método crítico-dialético.

Em consonância a isso, afirma Gil (2008) que a dialética possibilita uma interpretação dinâmica e totalizante do real, pois, “os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc.” (p. 14).

Nas contribuições de Netto (2011), acerca do método de Marx, é elucidado sobre o percurso do conhecimento do objeto, o qual tem início na aparência, no imediato, sendo tais aspectos necessários, importantes e não descartáveis no objetivo de apreender sua essência. A partir deste método, tem-se início a análise e interpretação na aparência do real a fim de alcançar a essência do objeto de estudo. Porém, cabe ressaltar que:

para Marx, o método não é um conjunto de regras formais que se “aplicam” a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada nem, menos ainda um conjunto de regras que o sujeito que pesquisa escolhe, conforme a sua vontade, para “enquadrar” o seu objeto de investigação (NETTO, 2011, p. 52).

Busco a partir do método crítico-dialético realizar uma interpretação da temática para além do aparente e de análises parciais e fragmentadas da realidade, de forma que a situe dentro da dinâmica social e complexa, não realizando uma análise isolada. Entendendo que esse possibilita uma apreensão da realidade, a qual está em constante processo de transformação, considerando suas contradições e particularidades históricas e sociais.

Uma vez que, de acordo com Minayo (2010) “Quando se abordam as questões de saúde e doença [...] do ponto de vista marxista, as análises precisam se fundamentar historicamente.” E dessa forma, precisam ser tratadas considerando-as como processos fundamentados na base material de sua produção, levando em consideração as características biológicas e culturais que se expressam (grifos meus; p.123).

Ainda de acordo com a mesma autora, é apontada a importância de considerar a cultura na análise em saúde, configurando-se como lugar onde se expressam aspectos subjetivos e cotidianos, manifestando a dimensão da totalidade:

Nas análises em saúde, é preciso dar atenção à cultura como produtora de categorias de pensar, sentir, agir e expressar de determinado grupo, classe ou segmento. Nela se articulam concessões, conflitos, subordinação e resistências. Ela é o espaço de subjetividade e também lugar objetivo com a espessura do cotidiano por onde passam e ganham cor processos políticos e econômicos, sistemas simbólicos e o imaginário social (MINAYO, 2010, p. 131).

O tipo de pesquisa escolhido é a exploratória de campo, definida de acordo com Gil (1988, p. 45, *apud* BERTUCCI, 2014, p. 48) como aquela que “tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito [...]” (grifos meus), a qual contém a revisão bibliográfica do tema e as informações, análises e interpretações com base nos dados obtidos com os sujeitos selecionados.

Em relação à abordagem de pesquisa foi utilizada a qualitativa, tendo em vista o objetivo de estudar a temática considerando as compreensões e percepções dos sujeitos da pesquisa. Porém, não sendo descartados dados dos perfis desses/as, como idade, renda, condições de vida e trabalho, mas entendendo que quando abstraídos e relacionados às compreensões destes sujeitos trazem aspectos possíveis de reflexão e maior apreensão sobre a temática que se busca estudar. Para maior esclarecimento a respeito da abordagem escolhida recorreremos a Minayo (2010) que nos traz a seguinte definição:

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pesam (p. 57).

A técnica de pesquisa utilizada será a entrevista em formato estruturado, a qual se define como “uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação” (GIL, 2008, p. 109). E o instrumento para coleta de dados é o formulário constituído por perguntas abertas e fechadas, definido de acordo com Marconi e Lakatos (2003, p. 212) como aquele que “é o contato face a face entre pesquisador e informante, sendo o roteiro de perguntas preenchido pelo pesquisador no momento da entrevista”.

No que diz respeito aos aspectos éticos da pesquisa, os sujeitos selecionados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual expõe as informações acerca da pesquisadora, do orientador, da pesquisa, do instrumento utilizado e de sua finalidade, sendo ressaltada também a segurança de sua privacidade.

Os sujeitos da pesquisa foram divididos em dois grupos. O primeiro foi formado por usuários/as do Sistema Único de Saúde do Hospital Regional de Cajazeiras dos setores de acolhimento e interno e o segundo foram profissionais da mesma instituição que atuam nos setores mencionados. Para isso será utilizada a amostra do tipo intencional, na qual “o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela” (MARCONI; LAKATOS, 2013, p. 38).

A mesma foi constituída por 11 sujeitos. Em que 05 são os/as usuários/as selecionados pelos critérios de tempo de internamento de 04 dias acima e estar no setor de clínica cirúrgica, o qual compreende as alas dos postos a, b, c e d.

Para o segundo grupo foram escolhidos/as 06 profissionais das categorias de: serviço social, medicina, enfermagem e psicologia. De um universo composto por 15 assistentes sociais, 109 médicos/as, 100 enfermeiros/as e 06 psicólogos/as, em que se tem o recorte de 30% de cada categoria, e a listagem de 02 assistentes sociais, 02 médicos/as, 01 enfermeiro/a e 01 psicólogo/a para a amostra, mediante os critérios de adesão, de tempo mínimo de 05 anos de trabalho na instituição e de trabalhar nos setor mencionado acima.

O tempo em que a pesquisa de campo foi aplicada compreende o período de uma semana e cinco dias, não consecutivos, pois devido aos critérios estabelecidos e ao número de sujeitos selecionados, foram necessários alguns dias alternativos para coleta das informações. Em relação a como essa ocorreu, dentre as dificuldades, posso mencionar a inibição dos/as usuários/as o que, mediante o respeito a suas escolhas asseguradas no Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, impossibilitou a gravação da entrevista com esse grupo. A indisponibilidade de uma profissional, devido ao seu período de férias e, logo após, licença da instituição, não sendo possível realizar a entrevista posteriormente com ela.

Como, também, dificuldades relacionadas ao momento da entrevista com alguns/as profissionais. Pois, por a instituição ser de caráter de urgência/emergência, em que não há como prever o dia mais tranquilo e propício no plantão para o/a

trabalhador/a conceder a entrevista, em alguns momentos houve interrupções porque o/a mesmo/a precisava ir até às enfermarias ou aos postos responder a demandas imediatas.

Dentre os aspectos facilitadores, aponto a rápida adesão, após explicar sobre a pesquisa, dos/as usuários/as, como também dos/as profissionais, o interesse de alguns/as sobre a temática, o que possibilitou maior compreensão. E o contato já estabelecido com a instituição pelo estágio obrigatório I e II realizado na mesma.

A seguir, apresento sobre a relação entre o Serviço Social e a investigação social, a inserção da pesquisa no âmbito acadêmico da profissão, a sua importância para a formação e atuação, bem como a relação com o objeto de pesquisa.

1.3. Serviço Social e o Processo de Investigação Social

O serviço social enquanto profissão que tem por princípios fundamentais em seu projeto ético-político: a ampliação e consolidação da cidadania, visando à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras, como também o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática, dentre outros princípios, tem papel fundamental na viabilização da saúde como direito social pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

De acordo com Sodré (2010), diante do conhecimento acumulado nas lutas sociais, o/a assistente social contribuiu para a politização da saúde. De modo que

inseriu o debate sobre os determinantes sociais de forma definitiva e ainda hoje se insere nas frentes de trabalho para demarcar um posicionamento macropolítico que luta por um SUS menos biomédico nas suas mais diversas redes de serviços e especialidades (p.454).

Na 15ª Conferência de Saúde (2015), O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) por meio da publicação CFESS manifesta com título: “O serviço social grita: Saúde Pública! É direito do povo brasileiro!” Elucidando os 27 anos do SUS no país e junto a isso o sucateamento nos últimos anos nesta política. Afirma ainda:

A saúde pública, gratuita, universal e de qualidade é pauta histórica de luta dos/as assistentes sociais brasileiros/as, que reconhecem a saúde como parte da seguridade social, como um campo de luta e de formação de consciências críticas em relação à desigualdade social no Brasil e de organização dos trabalhadores e das trabalhadoras (CFESS, 2015)

A política de saúde ainda hoje se configura como a que tem maior número de assistentes sociais empregados/as (BRAVO, 2013), a luta pela reafirmação desta enquanto direito social, política social de caráter universal, público e de qualidade é também uma luta desta categoria no decorrer do processo sócio-histórico da saúde e da profissão.

No que tange a pesquisa científica, até a década de 1960 o Serviço Social ainda a desconhecia. Este era pautado nas influências Franco-Belgas e mais tarde Norteamericanas, em que mediante estas reproduzia uma prática moralizadora e de reajustamento do indivíduo ao meio social. Nas décadas seguintes, com a laicização da profissão e a gênese dos cursos de pós-graduação se tem o início da inserção da pesquisa no âmbito acadêmico da profissão.

Conforme Bourguignon (2007), as décadas de 1980 e 1990 marcam avanços e conquistas para o Serviço Social em várias dimensões, como o amadurecimento da produção teórica profissional e a consolidação do Projeto Ético-Político, propondo um direcionamento social na formação profissional, e também, especialmente em sua consolidação como espaço de produção de conhecimento.

Propondo-se como crítico, de acordo com a nova corrente teórica, o marxismo, a qual se aproxima e torna-se hegemônica na profissão, o Serviço Social tem na pesquisa bases para análises da realidade que buscam ir além da aparência do real e de concepções imediatas, evitando respostas rápidas e o vago discurso da distância ou diferença entre teoria e prática.

Sobre essa questão, a divergência e a dificuldade que se diz ocorrer na relação teoria e prática é ainda um desafio para o serviço social. Segundo Iamamoto, (2001) a passagem da bagagem teórica acumulada na profissão sobre a realidade atribuindo maior atenção às estratégias, táticas e técnicas do trabalho profissional, conforme as particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do/a assistente social, é um grande desafio na atualidade.

Pode-se dizer que dimensão investigativa da profissão ainda é vista como competência restrita a academia, proporcionando a desarticulação desta com a intervenção profissional, e conseqüentemente eliminando suas propriedades de base para uma análise crítica, construtiva e propositiva da realidade social.

Porém, a relação pesquisa e serviço social se constitui como intrínseca e essencial, surgindo conforme o processo de amadurecimento intelectual e expansão das demandas sociais, revelando uma profissão capaz de gerar conhecimentos que lhe dão

subsídios teórico-metodológicos (BOURGUIGNON, 2007). Mais que necessário para manutenção e elevação da produção acadêmica, por docentes e especialistas, a pesquisa fornece a profissão subsídios para a intervenção, para o agir profissional, expressando sua importância em ambas as dimensões. Conforme Lara:

tanto na intervenção quanto na formação profissional, a pesquisa é um elemento fundamental para o Serviço Social, e cabe lembrar que, para realizá-la, há exigência do aprofundamento teórico-metodológico como recurso para a investigação da vida social (2007, p. 77).

A pesquisa é, desse modo, de suma importância para o desenvolvimento da profissão seja para manter sua constituição universitária como também para proporcionar avanços que se expressam nos instrumentos de intervenção e nos seus aparatos formais, como o Projeto Ético-Político, as Diretrizes Curriculares da ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social) e o Código de Ética Profissional de 1993, os quais são constituídos mediante avanços e conquistas na trajetória do conhecimento produzido na profissão.

A investigação articulada à intervenção promove a análise que busca ir além da aparência dos fenômenos sociais possibilitando descobrir a complexidade do real. Pois, de acordo com Setubal (2007),

diferente do fenômeno que se pode observar na imediatez, a essência de uma realidade só se revela após o ato investigativo que procura no mesmo processo identificar a estrutura da realidade concreta, não na sua manifestação fenomênica, mas pela identificação das múltiplas determinações que lhes são peculiares e que lhes dão sentido e força para existir em determinado tempo e sociedade (p. 65).

Dessa forma, a análise do objeto de estudo a saúde na perspectiva direito precisa ir além do fenômeno aparente que se expressa na realidade cotidiana, como o/a usuário/a que não possui condições de custear exames ou medicação, a instituição que não dispõe de recursos suficientes para um atendimento digno e pautado nos princípios do SUS, o/a usuário/a junto à família que demanda um encaminhamento à rede de serviços, entre outros aspectos.

É preciso a articulação destas questões com as demais esferas da vida em sociedade, uma vez que esta se relaciona e sofre suas determinações dadas pela estrutura social, pelo modo de produção e reprodução das relações sociais. Para assim realizar uma reflexão crítica que retorna a esta não mais como um caso isolado, uma demanda

do cotidiano, mas considerando todas as suas particularidades e o contexto amplo (histórico, cultural, social, político e econômico), a qual se insere⁷.

Por fim, ressalto que, o meu papel como investigadora diante do método escolhido perpassa por uma postura crítica, a qual entendo ser parte dessa realidade pesquisada. Longe do conformismo ou da reprodução da ordem social vigente, como também da neutralidade diante dos fenômenos, mas mediante a concepção de que os fatos não podem ser estudados de forma isolada, e percebendo o objeto de pesquisa como parte da realidade que é histórica, mutável e complexa.

De acordo com o objeto a saúde como direito, busco realizar na condição de investigadora, uma análise que ultrapassa a singularidade dos casos e a aparência dos fenômenos. E que a situe como direito implementado numa sociedade burguesa, o qual vai à contramão de seus ideais, que, além disso, se configura como uma política que foi historicamente e socialmente construída mediante a luta popular, como resposta as expressões da “questão social”, e por isso não constitui como bem-estar ou como política de governo, mas como política social, pública, a qual deve ser reafirmada e ter contestada sua desestruturação.

No próximo capítulo apresento sobre a trajetória histórica da saúde, seu desenvolvimento e a conquista do Sistema Único de Saúde como materialização dessa como direito social, o contexto político e econômico em que tais conquistas se efetivam e os limites que a política neoliberal impõe à saúde como direito e política social. Em seguida é apresentada a pesquisa empírica com os/as usuários/as, buscando expor suas concepções sobre saúde, as dificuldades e a política na instituição.

⁷ Refiro-me aqui ao processo de viagem de modo inverso ou a viagem de volta, conforme Netto, “depois de alcançar aquelas determinações mais simples, teríamos que voltar a fazer a viagem de modo inverso” retornando ao objeto não mais como “representação caótica de um todo”, mas como “uma rica totalidade de determinações e relações diversas” (NETTO, 2007, p. 43).

CAPÍTULO II

DAS BASES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL AO CONTEXTO ATUAL

Este capítulo discute sobre a implementação da política de saúde brasileira, analisando seu percurso histórico até à conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) e, seguindo, no pós anos 2000. Sendo abordados os desafios e avanços dessa política e seus reflexos no que tange aos direitos dos/as usuários/as, mediante suas concepções, com base nas informações obtidas na pesquisa empírica.

O primeiro tópico expõe a construção da política de saúde, com as primeiras iniciativas estatais e o processo de Reforma Sanitária, suas dicotomias, contradições, faces e resultados – marco de suma importância na estruturação desse direito.

O segundo tópico apresenta a conquista do SUS e a saúde como direito social após a Constituição Federal de 1988, bem como a consolidação de leis que a regulamentam, explicitando princípios e diretrizes que dão materialidade ao direito à saúde. E, em detrimento desses aspectos, a contrarreforma do Estado vivenciada posteriormente. Emergindo um contexto contraditório de obtenções de ganhos sociais no âmbito legal e retrocessos desses em face dos interesses econômicos e políticos divergentes dos da classe trabalhadora.

O terceiro tópico deste capítulo discute a saúde após os anos 2000, em que há avanços notáveis acompanhados de limitações postas pela ênfase da política neoliberal no Brasil, expressos das mais variadas formas na contemporaneidade. E, por último, são expostas as concepções de usuários/as do SUS, sujeitos/as da pesquisa empírica, acerca da saúde, desta enquanto direito social, seus conhecimentos, e avaliações dos serviços tendo por local para essa análise o Hospital Regional de Cajazeiras (HRC).

2.1. Construção da Política de Saúde Brasileira e a Reforma Sanitária

Os antecedentes da intervenção estatal na política de saúde brasileira compreendem os séculos XVIII, XIX e início do XX. O contexto histórico e social consistia numa sociedade agrária, com principal atividade econômica a exportação agrícola e mineral, sustentada pelo trabalho escravo.

A transição do capitalismo comercial para sua fase monopólica na época representou um novo contexto econômico mundial em que o colonialismo predatório (SANTOS, 2012), o qual predominava no Brasil, não tinha chances para competir num mundo que cada vez mais se adaptava as descobertas científicas, resultando no fim das barreiras de acesso dos mercados mundiais, na chamada abertura dos portos.

Na saúde, predominavam doenças como a varíola e a febre amarela, tratadas com base em conhecimentos tradicionais, no curandeirismo, ou seja, sem bases científicas. De acordo com Bravo (2013, p. 111):

a assistência médica era pautada nas formas de filantropia ou na prática liberal. A metrópole fomentou a criação das Santas Casas de Misericórdia, através de acordos, para atendimento da população pobre. Tais casas de misericórdias eram de caráter religioso, sem finalidade lucrativa.

Já no século XIX, com as transformações econômicas e políticas proporcionadas pela nova fase do capital, tendo por base a principal atividade econômica a exportação de café, e ainda presente o trabalho escravo junto aos imigrantes europeus, surgem algumas iniciativas na saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas (BRAVO, 2009).

Embora contasse com inovações nos setores produtivos, no que tange à situação da saúde, essa se encontrava como péssima, totalmente negligenciada, de modo que como ressaltado anteriormente predominava apenas a prática liberal para aqueles que podiam pagar, e as ações filantrópicas para os desprovidos de condições financeiras para pagar algum serviço de saúde.

Na primeira República, ou República Velha, que data de 1889 a 1930, sucedendo o trabalho escravo, foi instituído o trabalho assalariado como novo modelo no país, sendo considerado um período importante para a consolidação do capitalismo no Brasil (SANTOS, 2012).

Marcado por intensas mudanças, este período do final do século XIX e entrada do século XX, apresenta, também, a formação de movimentos operários, pois o desenvolvimento do capital refletia na exploração extensiva da força de trabalho e, junto

a isso, a ausência de intervenção estatal em questões de cunho social, as quais eram respondidas pela Igreja que já não dava mais conta da elevada demanda.

De acordo com Santos (2012), em decorrência das relações de trabalho pautadas na intensa exploração do trabalho as quais asseguravam baixo custo na produção, tem-se o aumento de conflitos entre capital e trabalho, em que “[...] é bastante conhecida a análise segundo a qual o tratamento oferecido pelos governos da República Velha a tais conflitos, como manifestações da “questão social”⁸, era baseado na máxima: “caso de polícia”⁹. (p. 70).

Na saúde, uma das primeiras manifestações da época ocorre em 1904, conhecida como a Revolta da Vacina¹⁰. A mesma resulta da intervenção repressiva do Estado na retirada das pessoas para a ação sanitária, atrelada a falta de informação da população pela ausência de ações de saúde preventivas sobre a importância da vacina contra a varíola.

Entretanto, embora essa ação sanitária liderada por Oswaldo Cruz¹¹ fosse importante, levando em consideração a epidemia da época, os reais motivos para a ação estavam em torno do perigo de alastramento da doença afetando a elite, como também as ameaças que traziam ao setor produtivo, uma vez que podia diminuir a entrada de imigrantes no país.

Bertolli Filho (2006) ressalta que, por vezes, a polícia agia com violência, sem motivos, expressando as formas repressoras de intervenção do regime oligárquico. Além disso, em relação às ações sanitárias e urbanísticas efetuadas em torno da questão das epidemias presentes em várias cidades, o mesmo afirma que

⁸ “Questão Social” entendida como a contradição fruto da relação capital e trabalho. A qual tem suas manifestações expressas na pobreza, na violência urbana, no desemprego, na fome etc. De acordo com Yamamoto e Carvalho (1995, p. 77): “é a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão”.

⁹ A expressão refere-se à forma como eram tratados os problemas sociais, fruto dos conflitos entre capital e trabalho, pela repressão estatal e policial face às reivindicações populares e aos movimentos operários. Conforme Yamamoto e Carvalho (1982) a violência do Estado se fará constantemente presente na trajetória desses movimentos como o mais eficiente instrumento de manutenção da paz social necessária à acumulação capitalista.

¹⁰ Liderada por Oswaldo Cruz, a Revolta ocorre com a aprovação de uma lei no Congresso Nacional, a qual previa a vacinação obrigatória contra a varíola. Aprovada em 31 de outubro de 1904 a lei provocou agitação da população, que apoiada por grupos políticos de oposição, realiza manifestações, a criação da Liga Contra a Vacina Obrigatória, dentre outros movimentos de resistência à vacinação (BERTOLLI FILHO, 2006).

¹¹ Médico e Cientista brasileiro, graduado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1892 e presidente da Fundação Oswaldo Cruz entre os anos 1902 e 1917, a qual recebe o nome em sua homenagem. Como diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1904 comandou junto ao prefeito Pereira Passos uma profunda reforma sanitária e urbanística no Rio de Janeiro (BERTOLLI FILHO, 2006).

surtiram efeito positivo na higiene pública, mas foram as elites econômicas que mais se beneficiaram: não só receberam nos bairros onde moravam, equipamentos urbanos como água encanada, esgotos subterrâneos e serviços de luz elétrica, como também garantiram nas áreas de indústria e comércio condições minimamente saudáveis para a estabilidade e eficiência das atividades produtivas. As camadas mais pobres da população, ao contrário, continuaram a ter precárias condições de vida (p. 26).

É apenas no século XX, mais precisamente na década de 1920, que surgem as primeiras iniciativas estatais na saúde pública. Porém, de modo que não abarca a todos, com acesso restrito aos serviços de saúde, tendo apenas os trabalhadores formais. Exemplo dessa lógica excludente foi a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) no ano de 1923, pela Lei Elói Chaves¹², marco inicial da Previdência Social no Brasil e do Sistema de Saúde atrelado a esta.

As CAPs foram criadas por categorias de trabalhadores, com o financiamento envolvendo a União, empregadores e empregados, concedendo o direito à aposentadoria, pensão, assistência médica e fornecimento de medicamentos, a primeira criada foi a dos ferroviários, em seguida a dos portuários e dos marítimos (BRAVO, 2013).

Uma característica deste modelo é que só as grandes empresas possuíam condições para mantê-las. De acordo com Bravo (2013), os benefícios previdenciários só foram conseguidos pelos trabalhadores das grandes empresas e pelas CAPs das categoriais mencionadas acima, de modo que “a maior parte dos assalariados estava excluída, precisando recorrer, para a assistência médica, à precariedade dos serviços filantrópicos e públicos, aos profissionais liberais ou às formas de medicina popular” (p. 123).

Ou seja, além da exclusão dos desempregados e dos trabalhadores informais, havia, também, a exclusão daqueles que não faziam parte de grandes empresas ou das categorias com condições para manter a CAP, ficando a maior parte da população sem acesso aos benefícios previdenciários e aos serviços de saúde. De acordo com Cohn, et al (2015):

Não se constitui, portanto, a saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para a qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório (p. 18).

¹² Elói Chaves foi Deputado Federal eleito em 1902. Projetou o Decreto N°. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como Lei Elói Chaves, a qual “Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados” (grafia da época).

Com o fim da República Velha, rompido pela desarticulação entre as oligarquias paulista e mineira¹³, se inicia a “era Vargas”. Durante este governo a Assembleia Constituinte promulgou a nova Constituição em 1934. Nesta foram incorporados alguns direitos para os trabalhadores como férias, jornada de trabalho de oito horas, assistência médica, licença remunerada para gestantes, dentre outros. De acordo com Bravo (2013):

foi a maneira de controlar política e economicamente as classes trabalhadoras, respondendo de alguma forma a seus movimentos, assegurando a lucratividade do setor industrial e sua capacidade de acumulação, permitindo níveis mínimos de reprodução da força de trabalho e mantendo sob controle a participação política dos trabalhadores (p. 128).

Com as novas respostas exigidas para a “questão social”, há o surgimento de algumas políticas sociais, das quais a legislação trabalhista com os direitos ressaltados anteriormente é exemplo. Na saúde houve a articulação dessa com o setor de educação, criando o Ministério da Educação e Saúde composto pelo Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-social.

Posteriormente houve a substituição das CAPs pelos IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões – sendo ampliado o acesso à saúde a outras categorias profissionais, envolvendo os trabalhadores das pequenas empresas, tendo também maior controle do Estado, diferente das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Além disso, o presidente do IAP era designado pelo presidente da República e os benefícios eram diferenciados mediante cada categoria profissional, evidenciando que embora os trabalhadores de pequena empresas antes excluídos tivessem sido abarcados, havia ainda desigualdades em relação à proteção social recebida por cada categoria.

Embora tenham tido investimentos na saúde durante o governo de Vargas, estes eram insuficientes em relação à grande demanda, pois houve o crescimento das doenças endêmicas que atingiam grande parte da população, como a tuberculose, doença de Chagas, entre outras. Bertolli Filho (2006) afirma que embora tenha ocorrido a expansão da cobertura médico-hospitalar aos trabalhadores urbanos como também das novas técnicas no controle das endemias, o Brasil era ainda um dos países mais enfermos do continente.

¹³ Oligarquias eram grupos sociais formados por grandes capitalistas geralmente latifundiários, que possuíam amplo controle político e econômico de um Estado ou de uma região (BERTOLLI FILHO, 2006). São Paulo e Minas Gerais como grandes produtores de café e leite, respectivamente, representavam a alternância no poder mediante a aliança com o governo, em que numa eleição o presidente seria paulista, noutra seria um mineiro. Modelo predominante durante a República Velha.

No período democrático que data de 1945 a 1964, tendo fim com o golpe militar, houve na saúde medidas como a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) conveniado ao governo americano e o plano SALTE¹⁴, o qual objetivava realizar melhorias na áreas da saúde, alimentação, transporte e energia. Especificamente na saúde este pretendia melhorar o nível sanitário da população combatendo as endemias e moléstias da época.

Além disso, foi criado o Ministério da Saúde no ano de 1953, instituído pela Lei nº 1.920, o qual antes era vinculado à Educação. O novo Ministério tinha por objetivo o combate às doenças que acometiam grande parte da população, representando uma ampliação da intervenção governamental na questão saúde, pautada no ideário da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual vinha alargando sua definição, como por exemplo, na publicação de 1948¹⁵. Tendo também em segundo plano o objetivo de centralizar serviços de saúde até então fragmentados (LIMA; PINTO, 2003).

Nos anos que compreendem a ditadura civil-militar (1964–1985), há o aprofundamento da privatização na saúde. Os IAPS são incorporados e transformados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)¹⁶, continuando com o modelo de atenção à saúde atrelada à previdência, de caráter excludente.

Com a economia baseada no modelo desenvolvimentista e voltada para a abertura ao capital estrangeiro, tem-se o início de “um processo acelerado de aprofundamento das dicotomias entre atenção médica curativa e medidas preventivas de caráter coletivo, acompanhada da dicotomia entre serviços público e privado de saúde” (COHN et al, 2015, p. 19).

Há, assim, o alcance de uma estabilidade econômica, especialmente entre os anos 1968 e 1973 com o chamado “milagre econômico”¹⁷, em detrimento do

¹⁴ “Plano econômico apresentado pelo presidente Eurico Dutra ao Congresso Nacional em 10 de maio de 1948 através da Mensagem Presidencial nº 196. Foi aprovado, após dois anos de tramitação, pela Lei nº 1.102, de 18 de maio de 1950. O Plano Salte consubstanciava o programa a ser executado no período de 1949 a 1953, com o objetivo de proporcionar melhores condições de saúde, de alimentação, de transporte e de energia. Cada um desses setores mereceu minuciosa análise, sendo propostos programas específicos para cada um dos principais problemas diagnosticados. Era enfatizada, por outro lado, a necessidade de se resolver os cada setor em conjunto com as medidas tomadas nos demais setores abrangidos pelo plano (*online*)”. Disponível em: Site da Fundação Getúlio Vargas.

¹⁵ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1948).

¹⁶ Segundo Reis, Araújo, Cecílio (2010): “O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS” (*online*).

¹⁷ Período que o Brasil alcançou taxas médias de crescimento muito elevadas. Foram consideradas extraordinárias taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) verificadas de 11,1% ao ano (VELOSO; VILLELA; GIAMBIAGI; 2008).

aprofundamento de questões políticas e sociais, como a contenção de salários, a proibição de greves. E no que tange à saúde, o descaso com a esfera pública, evidenciado pela exclusão da maior parte da população, a qual pelo não acesso à saúde via assistência médica previdenciária, dependia das Santas Casas¹⁸ e outras formas de filantropia, e pelo favorecimento do setor privado. De acordo com Cohn (et al), corresponde a esse período:

o apogeu das empresas médicas, conhecidas como medicina de grupo, dos hospitais privados (que tinham em grande parte a sua construção viabilizada com financiamento federal do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) criado em 1974) e das cooperativas médicas. Essas distintas modalidades do setor privado contaram com uma clientela cativa – previdenciária – através da compra de seus serviços, quer sob formas de convênios ou de credenciamentos [...] (grifos meus) (2015, p. 21).

Como órgão governamental de prestação da assistência à saúde foi criado durante a ditadura civil-militar, em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), um instituto dentro do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS). Este prestava assistência médica basicamente pela compra de serviços médico, hospitalares e especializados do setor privado, prevalecendo, até a criação do SUS e com sua lógica ainda hoje presente no interior do sistema (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010, *online*).

As dicotomias entre atenção médica curativa e as medidas preventivas coletivas na assistência à saúde aprofundam-se durante a década de 1970. De acordo com Cohn (2015,) numa clara divisão de tarefas e clientelas na segunda metade desta década, a saúde pública compreende também a assistência médica individual.

Nesse contexto, de luta contra a ditadura, o projeto de Reforma Sanitária vinha sendo elaborado. Objetivava a universalização e equidade na saúde. De acordo com COHN (1989), a ideia de Reforma Sanitária no Brasil relaciona-se a movimento e os estudos acerca do tema, em sua maioria, datam de seu início, em meados dos anos 1970.

Segundo Lima e Bravo (2015) sobre o projeto de Reforma Sanitária, esse

nasceu na luta contra a ditadura militar em meados dos anos setenta, com o tema saúde e democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, no movimento popular e em experiências regionais de organização de serviços. Consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os

¹⁸ Instituições que surgem no Brasil ainda no período colonial, sendo a primeira na cidade de Santos, São Paulo. Tendo por finalidade atender enfermos, em sua maioria atendimento de média e alta complexidade, sem fins lucrativos, baseados na filantropia. Foram reconhecidas na Constituição Federal de 1988 e hoje são responsáveis por mais de 50,5% dos atendimentos ambulatoriais e internações hospitalares realizadas no SUS.

segmentos da sociedade discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil (LIMA; BRAVO, 2015, *online*).

O movimento vinha levantando bandeiras de luta pelo fim do acesso restrito à prévia contribuição previdenciária em que a excluía pobres, trabalhadores informais e desempregados. Objetivando também a integração das ações de saúde do atendimento mais básico ao mais complexo, e como estratégia para isso a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o mesmo resultado de lutas e mobilizações populares em torno da questão.

O cenário econômico da época foi marcado por uma crise financeira na previdência social, a qual era a principal fonte de custeio para o modelo de assistência à saúde vigente. Em tal circunstância foram elaboradas estratégias e alternativas para o setor, como o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que propunha a “reestruturação da rede pública de serviços de saúde no sentido da sua universalização e racionalização” (COHN, 1989, p. 127). O mesmo não foi efetivado, sendo apresentado, em seguida, o Plano Conasp (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) com a proposta de convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, os quais deram origem às Ações Integradas de Saúde¹⁹ (AIS) (COHN, 1989).

Houve a criação de instituições significativas nesse processo, sendo exemplo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, como “um importante fórum político dos cientistas brasileiros no combate ao autoritarismo vigente” (COHN, 1989, p. 125) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979 como “importante interlocutor político nos debates e embates das políticas de saúde, ao mesmo tempo em que vem promovendo a divulgação e intercâmbio de informações e estudos sobre a questão” (COHN, 1989, p. 125).

Uma vez que naquela época já havia um acúmulo significativo de produções de conhecimento na saúde que buscava novos rumos para sua compreensão. Segundo Cohn (1989) já não se condenava mais os fatos sociais, reconhecendo-os como integrantes do processo saúde-doença. A universidade brasileira é protagonista na

¹⁹ A proposta dessas AIS objetivava “reunir em um planejamento único e integrado, recursos federais, estaduais e municipais para atenção à saúde, com gerência nos níveis central, regional e local”. Pautando-se em princípios de universalização, potencialização e priorização dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase na prevenção; descentralização e democratização das decisões administrativas, técnicas e políticas na saúde. As AIS tiveram maior ou menor êxito nos estados, de acordo com a correlação de forças entre os defensores do setor público e privado. (BRAVO, 2011).

produção desse conhecimento, e junto a ela, instituições como o CEBES e a ABRASCO desenvolveram papel importante empenhadas na universalidade e equidade na saúde.

O CEBES foi criado mediante à associação de profissionais médicos da rede pública de serviços com a produção desenvolvidas pelas universidades, propondo a criação da Revista Saúde em Debate, a qual objetivava veicular a nova perspectiva de análise da saúde intimamente ligadas aos aspectos históricos e sociais. E, dessa forma, o CEBES aglutinou a academia e os profissionais elegendo como prioridade uma percepção das questões de saúde condizentes com a reformulação do sistema de saúde vigente, buscando sua universalidade e equidade. A instituição vai se convertendo na defesa dos interesses coletivos (COHN, 1989).

Trajetória semelhante tem a ABRASCO, também na busca de interesses coletivos, da universalidade e equidade em saúde. É a partir dessa instituição que dentre outros marcos da Reforma Sanitária tem-se a substituição da denominação de Medicina Social por Saúde Coletiva. Tornando-se mais ampla e abrangente, a nova denominação, ao trocar medicina por saúde, ampliou o objeto, exigindo uma nova delimitação de campo. E ao substituir social por coletivo esse se torna menos específico, exigindo uma análise em sua totalidade (COHN, 1989).

Entre algumas denominações do termo Reforma Sanitária, Teixeira (1989) *apud* Cohn (1989) o afirma como:

[...] um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação do sistema único de serviços sob a égide do Estado (grifos meus; p. 129).

É consenso entre os vários autores a existência de diferentes tendências e concepções acerca da Reforma Sanitária. Silva (2014, p. 161) aponta que desde o nascimento do projeto já havia diferentes concepções, e dentre essas uma que tinha a Reforma Sanitária “como projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo” e outra que “defendia a democratização do Estado sob os limites do capital, numa perspectiva social democrática”.

Cohn (1989) afirma que ambas as concepções da reforma tinham em comum a tese da modernização do setor. No entanto, a diferença estava no entendimento do que seria sua democratização. Além disso, a autora chama a atenção para a não identificação dos atores sociais envolvidos no movimento, em detrimento dos seus opositores serem identificados com maior precisão, sendo esses “o setor privado de

saúde e suas instituições representativas, o governo, a tradição privatista do Estado brasileiro” (p. 131). Como também, nos dois casos, nota-se a ausência dos partidos políticos.

Cabendo salientar que, como ressaltado por Cohn (1989), embora o Partido Comunista Brasileiro (PCB) tenha assumido liderança nesse processo, não se tem a reivindicação acerca do debate em sua própria campanha.

Destarte, surge a indagação de como uma/um “ideia / proposta / projeto / movimento / processo” (PAIM, 2008 *apud* SILVA, 2014, p. 161) que tem sua base estritamente política, a qual parte de mobilizações da classe trabalhadora (ainda que de forma tímida inicialmente, considerando o contexto ditatorial) e profissionais, com vistas a estabelecer mudanças no setor saúde, não apresenta representantes políticos partidários? Mostrando, que não é fenômeno atual a ausência de preocupações ou responsabilidades de tais representantes com questões que favorecem ou interessam especialmente à população.

Nesse contexto, tais tensões e conflitos no interior da Reforma Sanitária não foram explicitados enquanto forças políticas partidárias, e também não impediu consensos nas interpretações acerca do movimento. Como resposta a essa questão, do porque esses aspectos não eclodem dentro do movimento e muito menos vêm a público, Cohn (1989) explica:

Encaminha uma resposta a circunstância de o movimento reformista sanitário brasileiro ter sua origem ainda durante o regime militar, com suas restrições aos partidos de esquerda. Mais que isso, durante o autoritarismo o enfrentamento do inimigo comum não permitia explicitarem-se diferenciações internas ao próprio movimento. E quando do período da transição democrática, vê-se o movimento diante das suas diferenças internas e com enormes dificuldades para enfrentá-las, numa dinâmica oscilante entre o interno e o externo (p. 132).

Embora alguns avanços e também contradições sejam notadas nesse período, a luta pela Reforma Sanitária só pode ser efetivada em um Estado Democrático (BRAVO, 2011). Assim é que na década de 1980, com a abertura política no período chamado de transição democrática, o projeto ganhou maior visibilidade e participação popular.

Exemplo disso, e fato de grande relevância na discussão da questão saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília - DF. Esta teve como temas centrais: A saúde como direito inerente à personalidade e a cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Diferente das demais Conferências de Saúde até então realizadas, a 8ª foi a primeira

com participação popular. A mesma contou com cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, em que foram discutidas ideias do movimento de Reforma Sanitária (BRAVO, 2009).

Na Conferência, os debates pertinentes à saúde saíram de seus órgãos específicos como ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva e Saúde Pública, incorporando diversos segmentos da população e abordando a saúde envolvendo a sociedade como um todo. Dentre as entidades representativas da população são apontadas: usuários/as, sindicatos, associações de profissionais, entre outros. Propondo a Reforma Sanitária e tendo mais tarde suas propostas como fundamentos para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando sua ampla importância para a questão saúde naquele momento de discussão, Cohn (1989) atenta para as contradições expressas na Conferência:

Ademais de todo sua importância, ela espelha as contradições do próprio movimento da Reforma Sanitária brasileira. Sua organização e presidência ficam a cargo de um eminentemente “reformista”, tanto pela sua envergadura intelectual quanto pela sua prática política: Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz, órgão do Ministério da Saúde. Dela recusam-se a participar os representantes do setor privado da saúde, não a reconhecendo ser esse um espaço legítimo de discussão, como igualmente é pequena a participação do Legislativo e pouco institucionalizada, para não dizer nula, a participação daqueles partidos políticos que pelo menos em princípio comungam nos preceitos reformistas (p. 130).

Noto que no decorrer dos anos seguintes o grande objetivo do movimento se torna a implementação do Sistema Único de Saúde. Paim (2008, p. 309) *apud* Silva (2014, p. 161) diz que como processo “reduziu-se a uma reforma parcial, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do Sistema Único de Saúde”. Ou seja, a face política, de projeto emancipatório e civilizatório foi reduzida a uma reforma voltada ao âmbito administrativo e financeiro.

Além disso, Silva (2014) aponta mudanças nas fundamentações teóricas da Reforma Sanitária nos anos 1980, que até então consistia no marxismo, através de Gramsci e seus seguidores. Há, assim, a incorporação de várias influências teóricas, dentre as quais:

[...] a ideologia do social-liberalismo, tentativa político-ideológica das classes dominantes de dar respostas às múltiplas tensões derivadas do acirramento das expressões da questão social e da luta política da classe trabalhadora, é incorporada nas propostas dos sujeitos políticos coletivos do movimento sanitário do século 21, principalmente a partir do segundo mandato do governo Lula (grifos meus; p. 162).

Como é possível notar a saúde toma uma dimensão política, tendo a participação de novos sujeitos nas discussões sobre o tema e entrando nas pautas de reivindicação de diversos movimentos sociais, deixando de ser interesse apenas de técnicos ou profissionais da área, mas ingressando num debate atrelado a democracia, envolvendo diversos atores, entre eles os usuários da política.

No entanto, as diferentes concepções sobre o movimento de Reforma Sanitária, as dicotomias expressas no seu interior e as influências de divergentes pensamentos teóricos, com o intuito em comum de realizar mudanças no setor, contribuíram para a consolidação do SUS e elaboração da saúde como direito e política parte da Seguridade Social, na Constituição Federal de 1988.

Mas, atrelados a isso, os reflexos de tais aspectos permanecem presentes nesse setor, apresentando-se de várias formas, seja pela correlação de forças entre defensores da saúde pública e os interesses da esfera privada, o desmonte e recorte de direitos sob discurso de contenção de gastos, entre outros pontos. Tornando-se por vezes ameaças e desafios no cenário atual.

Tais aspectos discutiremos no próximo item deste trabalho, enfatizando-os a partir da conquista do Sistema Único de Saúde e dessa como direito social. Perpassando também pela análise do período de contrarreforma do Estado, em que se têm contradições explícitas no âmbito dos direitos presentes até os dias atuais, como revela a análise da Seguridade Social 2016 feita pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil.

2.2. A Conquista do SUS: A Saúde como Direito Social

A princípio, anterior ao que hoje conhecemos como Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, pelo Decreto 95.657. Iniciou-se o processo de descentralização das ações de saúde nas esferas federal, estadual e municipal, pois já demarcava o objetivo de extinção do modelo de acesso à saúde via assistência médica previdenciária, de caráter contributivista.

De acordo com Bravo (2011), foi “um passo decisivo para o processo de descentralização e redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal”. Pode-se dizer que representou a abertura para a mudança do modelo de

assistência à saúde atrelada e financiado pela previdência social e um embrião do Sistema Único de Saúde.

No entanto, não descartando sua relevância, Medeiros (2010) afirma que o SUDS “foi pouco representativo no processo de Reforma Sanitária tornando-se apenas passagem para o SUS” (p. 18), aprovado na Constituição Federal de 1988.

O processo de implementação da saúde como direito e política social na Constituição Federal de 1988 e, concomitantemente do SUS como modelo da esfera pública de assistência ao setor, tem como marco a Assembleia Nacional Constituinte de 1987. Nela, a saúde estava na Comissão da Ordem Social e na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. A mesma se apresentava com forte expressão. Segundo Silva (2012) “das 57 entidades que foram ouvidas nas audiências públicas, 80% eram da área da saúde, refletindo o peso do movimento sanitário” (p. 135).

No que se refere à correlação de forças presente desde os primórdios do projeto de Reforma Sanitária, Bravo (2009) aponta sobre sua forte permanência evidenciada na constituinte:

A assembleia constituinte com relação à saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte [...] (grifos meus; p.10).

Com a centralidade que o setor saúde obteve nas discussões da Constituinte pela Comissão de Ordem Social foi possível que os militantes do movimento sanitário transformassem em normas várias deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A partir disso, o texto constitucional abarcou grande parte das reivindicações expressas na Conferência com as propostas da Reforma Sanitária. O documento elencou como pontos principais em seus artigos, os quais vão do 196 ao 200, o direito universal à saúde e o dever do Estado. As ações e serviços passaram a ser considerados de relevância pública e devendo ser regulamentada, fiscalizada e controlada por este, a constituição do Sistema Único de Saúde com rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade, a participação do setor privado deveria ser de forma complementar e a proibição da comercialização de sangue e seus derivados (BRASIL, 1988).

Segundo Medeiros (2010), na nova Constituição Federal, a politização da saúde estava como uma das primeiras metas a ser implementada, mediante o objetivo de

aprofundar o nível da consciência sanitária. No entanto, no decorrer do contexto histórico, é possível notar dificuldades na concretização desse objetivo, como veremos adiante.

O Sistema Único de Saúde, por sua vez, foi esboçado na Constituição e consolidado com a Lei 8.080/90 no ano de 1990. Representa “o conjunto de instituições, normas e convenções que integram a rede pública de atenção à saúde” (BAHIA, 2008, p. 127). E para além disso, representa, também, a materialização da conquista popular e democrática, fruto de lutas e debates de mais de uma década em torno da saúde como direito.

Numa análise dos períodos pré e pós-SUS, Araújo (2014) afirma ser inegáveis os avanços na saúde a partir do sistema, tornando-se possível o acesso universal à saúde, que antes só era possível através da contribuição com a Previdência Social, tendo acesso menos de 20% da população, ficando à margem desse acesso os trabalhadores informais e desempregados, como também avanços no que diz respeito à organização e formas de participação no sistema, como a criação das Conferências com participação popular e dos Conselhos de Saúde.

O SUS se tornou política pública construída por lutas sociais e constituiu-se como o maior sistema público de saúde do mundo (PAIM, 2008). O novo modelo expressava o objetivo da atenção à saúde considerando-a numa dimensão mais ampla, envolvendo suas características política e democrática, mediante os diversos estudos realizados na área desde meados da década de 1970.

O mesmo, segundo Santos (2007 *apud* REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010, *online*) se tornou o maior projeto público de inclusão social e em menos de duas décadas teve como avanços: “110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família” (p. 39).

A Lei 8.080/90, outro marco desse contexto, foi criada em 19 de setembro de 1990 e responsável por consolidar oficialmente o sistema, elencando sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990). Regula as ações e serviços de saúde, define os objetivos e atribuições do SUS, bem como seus princípios e diretrizes, entre outros pontos. Sendo conhecida como a Lei Orgânica de Saúde (LOS).

Os princípios do SUS, presentes nela, podem ser divididos entre doutrinários e organizativos. Como doutrinários estão a universalidade de acesso, nos diversos documentos em que aparece, aponta para a saúde como direito de todos/as em que o atendimento deve ser sem discriminação de qualquer natureza, seja por, sexo, idade, nível social, cor, raça, religião etc.

Como também a equidade na assistência à saúde, visando diminuir as desigualdades. Pois apesar de todos/as possuírem o direito comum à saúde, as pessoas têm necessidades diferentes. De acordo com o Ministério da Saúde, significa tratar desigualmente os desiguais.

E a integralidade nas ações e serviços de saúde consistindo no atendimento amplo e integral dos indivíduos. Sendo importante a integração de ações que incluem a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, *online*).

Como princípios organizativos são elencados regionalização e hierarquização, que a partir da delimitação de uma base territorial, do país, de um estado, cidade ou região são feitos recortes para planejar, organizar e gerenciar ações e serviços em saúde busca formar um conjunto de unidades com diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, para atuar de forma articulada no território visando atender as necessidades da população. E a hierarquização com a organização de acordo com os níveis de complexidade, formando uma rede que articula as unidades básicas a instituições mais complexas, ou seja, formando a articulação entre a atenção básica ou primária, a secundária e a terciária.

A descentralização político-administrativa, com comando único em cada esfera de governo, representando a distribuição de atribuições político-administrativas e recursos nos três níveis de governo, do federal para o estadual, o municipal e o Distrito Federal (DF). Em que cada esfera é autônoma nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação social (*idem* nota 23).

A participação da comunidade, assegurando que a sociedade esteja presente no Sistema Único de Saúde, da formulação e implementação da política mediante os Conselhos e Conferências. Esse princípio, ainda que em tese, estabelece uma nova relação entre o Estado e a sociedade, na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor (BRASIL, 2003).

Outros princípios também presentes na Lei Orgânica de Saúde, de suma relevância para as ações e serviços, são: a preservação da autonomia da pessoa assistida, o direito à informação, a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, e, recentemente incluída pela redação da Lei 13.427 de 2017²⁰, a organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras (BRASIL, 1990).

Em relação ao terceiro princípio organizativo, a participação da comunidade, posteriormente, foi criada outra lei também de suma importância para saúde, a nº 8.142 de dezembro de 1990. Essa dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e também as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros da área. Destacando as instâncias colegiadas: as Conferências e os Conselhos de Saúde, e tratando da alocação de recursos financeiros da saúde.

A Lei regulamenta o controle social no SUS, o qual é exercido por meio das instâncias colegiadas mencionadas. A Conferência deve ocorrer a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos sociais, objetivando avaliar a situação da política e propor diretrizes para a sua formulação. O Conselho, de caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Essas duas instâncias devem estar presentes nas três esferas de governo.

No tocante a expressão controle social, ela “tanto é empregada para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado” (SILVA et al., 2007, p. 684). E na saúde, o controle social tem como marco a VIII Conferência Nacional dessa política, em que, como mencionado anteriormente, há pela primeira vez a presença da participação popular num evento até então destinado aos técnicos, estudiosos e entidades governamentais.

Cabendo ressaltar que, mediante a conjuntura social de abertura política no país, a democratização nas políticas públicas, especificamente na saúde, ocorre de forma

²⁰ Altera o art. 7º 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 e dá outras providências", para inserir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral.

lenta e desafiadora e que “a comunidade viria a ter papel decisivo não apenas na construção do SUS, mas também na definição do modo como a participação seria incorporada como elemento constituinte do desenho institucional do sistema” (CORTÊS, 2009, p. 104).

Dessa forma, o controle social configura-se como uma conquista da sociedade civil, em que a partir das instâncias colegiadas institucionalizadas para a materialização da participação popular, busca-se pelo viés da democratização eliminar as formas autoritárias e tradicionais de gestão das Políticas Sociais, como também a adoção de práticas que favoreçam uma maior transparência das informações e maior participação social no processo decisório (SILVA et al., 2007).

Em relação ao financiamento, responsabilidade comum entre as três esferas de governo, é repassado pelo governo Federal recursos para Estados, o DF e os Municípios por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os estaduais e municipais. O Ministério da Saúde conta com fontes de financiamento advindas das Contribuições Sociais, responsáveis por 75% do total, a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) calculada à alíquota de 3%, e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) com percentual de 7% dos recursos (BRASIL, 2003).

A partir da Emenda Constitucional nº 29, e posteriormente da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, ficou determinada a vinculação e estabelecida a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. Conforme essa última, o DF e municípios devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde e os Estados 12%.

Segundo dados da ANFIP (2017), em 2016, foram gastos R\$ 108,5 bilhões com ações de saúde no Ministério. Esses valores foram pouco mais de R\$ 6,3 bilhões superiores aos de 2015. Esse congelamento real ocorreu devido ao novo regime fiscal e dificulta a disputa pela ampliação das aplicações em saúde. As quais de 2005 a 2014, sempre superaram a inflação do período. Ao contrário, 2015 e 2016, foram, em valores reais, menores do que em 2014.

O programa que responde pela maior parte dos investimentos do Ministério da Saúde é o Programa de Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar, que

inclui, entre outras ações, os atendimentos de média e alta complexidade ambulatorial e as internações hospitalares (BRASIL, 2003).

Outro aspecto que toca diretamente no financiamento da saúde, e da Seguridade Social como um todo, é o reestabelecimento da Desvinculação das Receitas da União (DRU) a qual vem sendo renovada desde a sua criação em 1994 e foi reestabelecida em 2016 pela Emenda Constitucional nº 93.

De acordo com a ANFIP (2017) houve a elevação da taxa de 20% para 30% do percentual de recursos das receitas das contribuições sociais que seriam destinados ao financiamento da Seguridade Social para serem gastos em outras áreas a critério do governo federal. Tal situação instiga a indagação presente no documento da ANFIP de “Por que desvincular 20% ou 30% dos recursos da Seguridade Social?” (p. 44).

E talvez, como resposta, esteja a questão de que historicamente o Orçamento da Seguridade Social foi e é superavitário, o que faz cair por terra os discursos de crise no financiamento da Seguridade Social e de suas respectivas políticas: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Conforme a ANFIP (2017):

A histórica renovação da DRU, sob as mais diversas denominações, desde 1994, demonstra o aspecto superavitário do Orçamento da Seguridade Social, que sempre foi o principal alvo da desvinculação. [...] Se, ao longo dos anos, os superávits não tivessem sido desviados da Seguridade Social, poderiam ter servido para melhorar o valor dos benefícios previdenciários e assistenciais, bem como os serviços nas áreas da Saúde e Assistência Social, promovendo, assim, uma melhor distribuição de renda na sociedade (grifos meus; p. 44).

Os avanços, embora permeados por tais desafios presentes até hoje, a começar pelo processo de redemocratização brasileira, a Constituição Federal e os princípios norteadores e organizativos do sistema de saúde mencionados, só foram possíveis pelas mobilizações e pressões populares, culminando no alcance de algumas garantias sociais, como a saúde, a assistência social e a previdência, que formaram o conjunto de políticas da Seguridade Social brasileira.

E sobre isso, em relação tanto ao SUS como também a Reforma Sanitária Brasileira, Paim (2008) afirma:

Não foram criados pelo Estado brasileiro, por governos nem por partidos. Portanto, o SUS é uma conquista histórica do povo, podendo ser considerado a maior política pública gerada da sociedade e que chegou ao Estado por meio dos poderes Legislativo, Executivo e, progressivamente, Judiciário (p. 96)

Os aspectos apontados na Constituição Federal em relação à saúde, como a universalidade, gratuidade, integralidade e descentralização, objetivavam eliminar a

dicotomia entre a assistência curativa e preventiva, como também tirar a assistência curativa do âmbito da Previdência Social, especificamente do INAMPS. Com algumas estratégias para enfraquecer o instituto, como a transferência desse para o Ministério da Saúde e em seguida sendo extinto (ARRETCHE, 2005 *apud* MEDEIROS 2010).

Mas, somado as transformações na esfera política e social brasileira, ocorreram, também, nos anos seguintes, mudanças na esfera econômica com a inserção do país na dinâmica da política neoliberal, significando atribuição de prioridade absoluta às áreas e setores considerados dinâmicos (SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2012). O que resultou na retração e desmonte de direitos recém-conquistados.

Ponto importante, que se situa como retrocesso, em meio os avanços e consolidações do âmbito jurídico e normativo da esfera social é o papel assumido pela iniciativa privada. Uma vez que esta tem ressaltada e assegurada sua participação tanto na Constituição Federal como na LOS. De acordo com Bahia (2008):

as alternativas de articulação entre público e privado derivam de arranjos político-jurídicos pretéritos à Constituição de 1988, que foram preservados, ampliados e modernizados ao longo da implementação do SUS (p. 127).

Pois, embora o sistema seja o maior e principal modelo de assistência à saúde no Brasil, não é exclusivo e continua fracionado, se considerarmos tanto o crescimento da indústria farmacêutica como da esfera dos serviços privados de saúde, compostos por consultórios, clínicas e hospitais particulares que integram o Sistema de Assistência Médica Complementar²¹ (SAMS) e o Sistema de Desembolso Direto²² (SDD) (PAIM, 2008).

A política de saúde teve relevante êxito com a implementação do SUS, a continuidade desse processo é que encontra dificuldades a partir da década de 1990. Pois ocorre outra reforma do Estado e dessa vez não em busca da democracia, nem a partir de reivindicações populares, mas, conforme Santos (2007) esta foi comandada pelo Ministério da Fazenda, a qual:

promoveu abertura da economia, ajuste fiscal, contenção dos gastos públicos, reformas administrativas desestruturantes, cortes de servidores públicos e rompimento precoce com a lógica do bem-estar social, da cidadania e da seguridade social (p. 431).

²¹ “Também conhecido como Sistema de Atenção Médica Supletiva, configura-se como sistema privado de planos e seguros (LOPES, 2007, *online*).”

²² “É um subsistema sob a égide do mercado livre, onde as práticas dos profissionais liberais e de empresas médicas, em relação à forma de custeio dos honorários e o plano de tratamento às pessoas que procuram seus serviços, são estabelecidos pelos mesmos, sem nenhuma interferência, quer seja pública ou privada [...] Configurando-se como um campo sem regulamentação pelo setor saúde, com forte regulação mercadológica e com pouquíssimas informações disponíveis (LOPES, 2007, *online*).”

Dessa forma, percebe-se que o processo de democratização brasileira acompanhado de retração econômica e ajuste fiscal, não favoreceu exclusivamente ao SUS acabando com privilégios na saúde, sendo propício a inclusão de novos segmentos relacionados ao consumo de bens e serviços de que são exemplos os planos e seguros privados de saúde (ARAÚJO, 2014).

Essa outra Reforma do Estado de caráter dito de reajuste econômico, configura-se como uma contrarreforma no que tange a esfera social, sendo realizada uma reforma gerencial fundamentada apenas em elementos fiscais (BERING, 2007).

De acordo com Duriguetto e Montaña (2011) está baseada na necessidade de recomposição do grande capital, configurando-se como:

[...] parte do desmonte das bases de regulação das relações sociais, políticas e econômicas. Portanto, tal reforma deixa claro que seu caráter não é um “ajuste positivo” de caráter meramente administrativo-institucional, apenas no plano político-burocrático, mas está articulada à reestruturação produtiva, à retomada das elevadas taxas de lucro, da ampliação da hegemonia política e ideológica do grande capital, no interior da reestruturação do capital em geral [...] (grifos meus; p. 203).

O cenário econômico encontrava-se permeado pela ideologia do crescimento e redução de gastos, promovida por organismos multilaterais como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). A inserção do país na dinâmica neoliberal representou como principal objetivo a sua adequação à economia global, bem como a elevação do superávit primário²³, o que gera redução de investimentos para as políticas sociais, uma vez que estas são consideradas gastos do Estado que dificultam o crescimento econômico (leia-se o desenvolvimento do modo de produção capitalista).

A saída posta para o Brasil para realização de empréstimos ou renegociação de dívidas se torna a incorporação das políticas neoliberais, que após o Consenso de Washington²⁴ ganha forças e aprofundamento no país, especialmente nos próximos governos brasileiros.

Instaura-se a existência do Estado de caráter mínimo e máximo. De acordo com Santos (2007, p. 431), o Estado mínimo de “retração dos orçamentos sociais e da

²³ “Refere-se à diferença (positiva) das contas públicas, entre a renda e os gastos (excluindo o pagamento de juros). Se o Estado gasta menos do que ganha (sem contar os juros), ele gera superávit primário” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 365).

²⁴ Reunião realizada em novembro de 1989 entre os organismos de financiamento internacional (FMI, Bird e Banco Mundial), funcionários do governo americano e economistas e governantes latino-americanos para avaliar as reformas econômicas da América Latina. As recomendações envolveram: disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, regime cambial de mercado, abertura comercial, eliminação de controle sobre o investimento direto estrangeiro, privatização, entre outras áreas (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

infraestrutura de desenvolvimento” além das soluções de mercado e os programas focais de pouco custo e o Estado máximo da “remuneração crescente da dívida pública e seus juros”. Mínimo para os trabalhadores e as políticas sociais e Máximo para os investimentos do capital.

Sob a ideologia da redução de gastos ou racionalização de custos, as políticas sociais são orientadas a assumir papel compensatório e focalizado, ou seja, atuando de forma paliativa, e em momentos de extrema necessidade. Na área da saúde, segundo Matta e Lima (2008), essas orientações são dadas pela primeira vez pelo Banco Mundial, em 1987, a partir do documento “Financing health services: agenda for reform” (Financiamento de serviços de saúde: uma agenda para reforma), depois em 1993 com outro intitulado “Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud” (Relatório sobre o desenvolvimento global: investir na saúde) (tradução minha) e também o texto “A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, em 1995.

No Brasil, observo que os governos da década de 1990 demonstraram pouco interesse relacionado à política de saúde no que tange à construção do SUS e ao avanço da Reforma Sanitária, segundo Paim (2008). Cabendo ressaltar as tentativas do presidente Fernando Collor de fragilizar o sistema, uma vez que este teve 25 artigos vetados na LOS, em especial artigos que tratavam da extinção do INAMPS e do financiamento do SUS. Ocorrendo dois meses de debates para resolução de tais impasses (MEDEIROS, 2010).

Sendo marcado pela crise econômica e redução de recursos para a saúde, típico da ideologia neoliberal enfatizada a partir de seu governo e propagada nos posteriores, não são desconsideradas as ações efetivadas no mandato de Collor, como a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), a promulgação da LOS e implantação da Norma Operacional Básica 1991 (NOB/91)²⁵ e após muito procrastinar, a realização da 9ª Conferência de Saúde (PAIM, 2008).

Os dois próximos governos também apresentaram ações na área. O de Itamar Franco demonstrou avanço na municipalização com a Norma Operacional Básica 1993 (NOB/93) e a criação do Programa Saúde da Família (PSF). E o de Fernando Henrique Cardoso, apesar de medidas como a Emenda Constitucional 29 (EC-29),

²⁵ ~~Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), para o financiamento das atividades ambulatoriais; a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), para o financiamento das internações hospitalares; definiu recursos para o custeio da máquina administrativa do INAMPS para o financiamento de Programas Especiais em Saúde e para investimentos no setor saúde (MEDEIROS, 2010).~~

pode-se destacar a Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96), o Piso da Atenção Básica (PAB), Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas/2001) e a realização da 10ª e 11ª Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2008).

Concorrendo com tais ações no âmbito do SUS, ocorre o desenvolvimento do setor privado de saúde, via planos e seguros privados. É o que mostra os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – (2000), que, segundo a PNAD/98 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio), 38,7 milhões era o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde.

Tal perspectiva de crescimento da esfera privada de saúde, a qual vinha se desenvolvendo desde o período ditatorial, com a ênfase e expansão dos serviços privados de assistência médica, encontra terreno fértil nas novas medidas do Estado máximo para o capital.

O modelo de saúde idealizado e esboçado nos aparatos legais, mediante lutas e reivindicações sociais, como pode ser observado, após implementado sofreu constantes e diversos ataques e tentativas de sucateamento. Ocorreram sequencialmente dois processos antagônicos, uma vez que primeiro se assiste ao alcance de garantias sociais, depois de anos de ausência de vários direitos (período de ditadura civil-militar) e, em seguida, estratégias e articulações para fragilização, focalização e precarização dessas mesmas conquistas sociais. Evidenciando que a reforma de Estado a qual o consolida como democrático de direito, nada mais representa que uma modernização conservadora feita com base na preservação de expressivos elementos do passado (NOGUEIRA, 1988 *apud* BEHRING, 2008).

Em seguida será tratado a continuidade desses e outros aspectos após os anos 2000, com a ascensão ao poder um partido dito de esquerda, buscando elucidar os avanços e também as contradições desse processo e atualmente como essas questões estão refletidas nos/as usuários/as da saúde.

2.3. A Saúde Pós Anos 2000: Avanços e Limites no Desenvolvimento do SUS

O Brasil adentra nos anos 2000 dando curso a ofensiva neoliberal instaurada desde a década anterior. No entanto, a vitória do PT (Partido dos Trabalhadores) com Lula para presidente, e esse apresentando-se como partido de esquerda e de luta pela classe trabalhadora, representava novas expectativas para o âmbito dos direitos sociais.

De acordo com Krüger (2014), para alcançar tal vitória, o Partido teria feito muitas concessões e abandonos de algumas bandeiras de luta que o caracterizavam nos anos 1979, como também alianças com grupos de centro-direita ligados ao capital industrial e financeiro.

Ocorrendo, durante o governo, a manutenção da política macroeconomia dos governos anteriores e conseqüentemente a fragmentação e despolitização das políticas sociais. Na saúde, embora tivessem expectativas de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, percebe-se a perpetuação da disputa entre os dois projetos, de Reforma Sanitária e Privatista, para a saúde. Segundo Bravo (2009) “em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto” (p. 16).

No entanto, como avanços na área, podemos destacar: o retorno da concepção de Reforma Sanitária, a qual tinha sido abandonada na década anterior; a escolha de profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária para compor o segundo escalão do Ministério; alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, criando algumas secretarias e extinguindo outras; a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003; e a participação do Ministro da Saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2009).

A criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, em 2005, também faz parte do rol de avanços e inovações na área. O mesmo possibilitou a realização de várias reuniões com sujeitos políticos do movimento de Reforma Sanitária e também a produção de alguns documentos importantes como: A Carta de Brasília: SUS – O Presente e o Futuro: Avaliação de seu Processo de Construção (2005); Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros; O SUS para Valer: Universal, Humanizado e de Qualidade (SILVA, 2014).

Tais documentos apontavam em comum a solidariedade como valor estruturante. Embora destacasse a defesa da Seguridade Social, a reafirmação da Reforma Sanitária e da aprovação da Emenda Constitucional n. 29²⁶ e análises dos efeitos deletérios da ofensiva neoliberal para as políticas públicas, as concepções empreendidas nesses, através do princípio de solidariedade, tomavam os rumos de um

²⁶ De 13 de setembro de 2000, a mesma altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

redirecionamento da saúde, especialmente dos princípios do projeto de Reforma Sanitária defendidos durante a década de 1980.

Sobre isso, Silva (2014) afirma que o projeto de Reforma Sanitária chega ao cenário atual de forma reduzida, pois, “se por um lado, na década de 1980, se defendia a radicalização da democracia, por outro, no século 21, passa-se a defender a colaboração e o consenso entre as classes na perspectiva de garantir direitos” (p. 163). Tal tendência, de acordo com a autora, a partir do princípio estruturante da solidariedade, promove uma concepção do direito à saúde via a colaboração interclasses, prevalecendo valores focados na responsabilidade social, na equidade e justiça social, os quais têm por bases a adesão às ideologias da pós-modernidade e do neodesenvolvimentismo²⁷.

No ano de 2006 foi publicada, pelo Ministério da Saúde, a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Foi elaborada pelos governos federal, estaduais e municipais junto ao Conselho Nacional de Saúde. A mesma se configura como uma ferramenta importante na promoção de informações dos direitos nos serviços e atendimentos dessa política.

A Carta apresenta seis princípios, dentre os quais: 1. todo cidadão tem direito a acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; 2. todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; 3. todo cidadão tem direito a um tratamento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; 4. todo cidadão tem direito a atendimento que respeite sua pessoa, seus valores e seus direitos; 5. todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada; 6. todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Berclaz (2015) enfatiza ainda melhor a questão quando pergunta sobre:

qual é o trabalho feito a respeito desse precioso documento pelos controles internos e procuradorias jurídicas das pessoas jurídicas de direito público, conselhos de saúde, Ministério Público, Defensoria Pública, Poder Judiciário, Universidades, Conselhos de Classe e, claro, meios de comunicação? Quem prega a cartilha ou fiscaliza pela sua concretização? (*online*).

Na pesquisa realizada com usuários/as do Hospital Regional de Cajazeiras, da amostra de 05 (cinco) pessoas apenas uma usuária conhecia a Carta. A mesma disse

²⁷ O novo desenvolvimentismo tem uma curta e recente história na América Latina. Surge no início do século XXI [...] como uma suposta alternativa à crise do neoliberalismo. Nasce, portanto, como uma tentativa das classes dominantes e seus ideólogos orgânicos de traçar uma terceira via de desenvolvimento, criticando tanto o neoliberalismo do Consenso de Washington quanto o socialismo do século XXI (Raichelis, 2014, p. 583).

que teve acesso na Unidade Básica de Saúde em campanhas feitas pelos/as profissionais.

Dessa forma, embora o documento se apresente como instrumento de suma importância para favorecer o conhecimento dos usuários sobre seus direitos e tornar possível a reivindicação destes no cotidiano das ações e serviços de saúde, percebo o desinteresse do conjunto de órgãos na sua divulgação, ficando esta numa dimensão de um discurso meramente abstrato que não alcança os principais sujeitos a quem se destina, os usuários.

Segundo Kruguer (2014), os aspectos progressistas do governo Lula, podem ser mais notados apenas no início do governo, ocorrendo, posteriormente, a intensificação do conservadorismo visível no desenvolvimento das ações e na troca de técnicos dirigentes vinculados à defesa do SUS.

Mota (2006), numa análise dos rumos da proteção social neste período, aponta para a inversão da cidadania em detrimento da instituição da figura do cidadão-consumidor de serviços mercantis, mediante a privatização e mercantilização dos serviços sociais, imprimindo na saúde uma racionalidade sistêmica de seus programas.

A autora afirma que uma das estratégias presentes nesse governo é a incorporação do processo de precarização como inevitável, a mercantilização como inexorável a subordinação do público ao privado como iniciativas complementares e parte constitutiva das novas experiências de gestão (MOTA, 2006).

Além disso, a autora sinaliza algumas tendências para a Seguridade Social na conjuntura atual, das quais destaco uma, que poderá ser vista como exemplo adiante nas orientações do Banco Mundial para a saúde e na criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que é:

a emergência de novos protagonistas como a empresa socialmente responsável com suas práticas congêneres de desenvolvimento sustentável, o voluntariado, ações em rede, empoderamento e empreendedorismo social que amparam a redefinição da intervenção estatal do Estado [...] (MOTA, 2006, p. 07).

Dando continuidade a política econômica dos governos passados, prosseguindo com os acordos firmados de adesão à lógica neoliberal e impondo limites ao desenvolvimento da saúde pública, foram dadas orientações mediante três documentos formulados pelo Banco Mundial, a saber: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos, em 2007; Documento de Avaliação da Proposta de Empréstimo para o projeto de

Modernização de Hospitais Universitários Federais, em 2011; e 20 anos da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil: Uma Avaliação do Sistema Único de Saúde, em 2013.

Os três documentos apresentam, respectivamente, a preocupação com o aumento dos custos na política de saúde, colocando que estes aspectos não está imbricado ao aumento da eficácia nos serviços. Também menciona uma crítica a ausência de flexibilização na contratação de pessoal, resultado da rígida legislação trabalhista; a modernização dos hospitais universitários, trazendo a privatização como proposta e solução na reforma dessas instituições; e, o último, objetivava responder questionamentos acerca da veracidade das transformações feitas pela reforma do SUS, das melhorias no acesso aos serviços, destacando o crescimento na busca por serviços privados e justificando isso pela dificuldade e má qualidade do setor público, porém, apresentando mais uma vez como solução a adoção de novos modelos de gestão (ALVES; OLIVEIRA, 2015), ou seja, a incorporação da iniciativa privada.

A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH – no governo da presidenta Dilma Rousseff, é exemplo da ênfase e continuidade e agudização do projeto privatista de saúde e do seguimento das orientações dadas pelo Banco Mundial.

Criada pela Lei 12.550 de 2011, a empresa tem como finalidade administrar instituições públicas federais de ensino ou congêneres de serviços de apoio ao tripé de ensino, pesquisa e extensão, em que inclui os hospitais universitários e demais das esferas de governo federal, estadual e municipal (OLIVEIRA, 2014).

Embora seja um empresa pública, vinculado ao Ministério da Educação (MEC), suas ações acabam por evidenciar a ênfase do projeto privatista de saúde. Pois, com a justificativa de solução para problemas de pessoal, mais especificamente sobre a terceirização, a empresa é criada. Porém, tal justificativa é incompreensível mediante os contratos de pessoal sob regime da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), uma vez que a empresa não contrata sob Regime Jurídico Único. O que mostra que há de fato apenas uma transferência da categoria de trabalhadores de servidores do Estado para empregados de uma empresa.

É possível notar que há distorções entre os princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade, hierarquização e regionalização, descentralização, participação da comunidade e as diretrizes da EBSEH que se pode destacar: a busca pelo lucro, a orientação por metas e a ausência de controle social (OLIVEIRA, 2014).

Ou seja, em relação à orientação por metas há uma determinação quantitativa de atendimentos e procedimentos prestados, o que fere os princípios de universalidade e integralidade, uma vez que se preza pela quantidade de serviços e não pela qualidade, não oferecendo a possibilidade de uma atenção maior e de fato integral a depender da necessidade do/a usuário/a. Outro ponto é a ausência de meios para o controle social na gestão da empresa que fere não só o princípio de participação da comunidade como também a Lei 8.142/90, explicitando a incompatibilidade da EBSEH com os princípios do SUS, como também seus reais objetivos (OLIVEIRA, 2014).

A procura pela parceria entre o público e o privado com o discurso ilusório de maior eficiência nos serviços, coloca como objetivo principal o lucro. Lucro este obtido em cima de direitos sociais como saúde e educação, transformando-os em atividades econômicas e retirando ou fragilizando seu caráter de direito.

Em contexto mais atual também são evidenciados limites e desafios na efetivação da saúde pública enquanto direito. As tentativas de desmonte e fragilização mudam apenas as estratégias, mas o objetivo continua a ser o mesmo: o favorecimento da iniciativa privada em detrimento de avanços concretos na esfera pública capazes de promover mudanças amplas.

Como exemplo, no documento da ANFIP - Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil - (2016), de análise da Seguridade Social em 2016, constatam-se as mudanças ocorridas nas medidas governamentais, em que os avanços obtidos na esfera social desde os anos 2000 se encontram ameaçados. Uma vez que no ano de 2014 o excesso de desonerações retirou a capacidade do Estado de investir e auxiliar no crescimento econômico.

E com medidas norteadas pelo ajuste fiscal e privatizações, várias são as consequências sociais, tais como o desemprego e aumento da pobreza. Como também há o surgimento de investidas desestruturantes na proteção social, das quais a ANFIP (2016) destaca: a ampliação de 20% para 30% da parcela de recursos que é desviada da Seguridade Social, a chamada Emenda Constitucional (EC) nº 93/2017; a promulgação de outra emenda que limita as despesas orçamentárias aos valores pagos no ano anterior, a EC 95/2016; a reforma trabalhista; e a reforma da previdência.

Sobre a segunda EC mencionada anteriormente, a 95/2016, essa constitui-se no novo regime fiscal para o orçamento da Seguridade Social, iniciando em 2017 e com duração de 20 anos. De acordo com o novo regime “o valor das despesas de um

exercício fica limitado ao valor executado no ano anterior, acrescido da correção inflacionária” (ANFIP, 2016).

Cabendo ressaltar, conforme a ANFIP (2016), que essas limitações naturalmente são aplicadas as despesas primárias como benefícios, serviços, educação, segurança etc. E, além disso, em relação as despesas com juros e encargos da dívida pública, não foram sofridas restrições.

Como pode ser observado os efeitos para os direitos sociais são nefastos, uma vez que as demandas dos serviços oscilam, não são estáticas, e possivelmente não serão atendidas mediante tais restrições. Especificamente sobre a saúde a ANFIP aborda:

As despesas com saúde e educação, que possuem critérios específicos de proteção, perdem essas garantias e serão reajustadas pela inflação. Ou seja, não haverá mais expansão dos gastos sociais, ainda que haja o inevitável crescimento da população, apenas a sua correção (ANFIP, 2016, p. 36).

Não é preciso raciocinar muito para saber que tais serviços serão cobertos, numa perspectiva de saída e solução do Estado, pela iniciativa privada. Repetindo o ciclo evidenciado no decorrer da história das políticas sociais, em que mediante o descaso e desresponsabilidade estatal está aberto o caminho para o desenvolver do capital.

Mediante o todo exposto, entre avanços e limites, conquistas e descasos na questão saúde, é desafio ainda para todos/as aqueles/as que defendem o SUS, desde os intelectuais aos militantes, acadêmicos, profissionais e usuários/as, materializar em práticas na realidade o que consta no aparato jurídico-legal, fruto de lutas e conquistas sociais. Tal defesa vai além de meras reformas com medidas pontuais e paliativas de caráter administrativo e burocrático, sendo preciso o fortalecimento da dimensão política da questão.

A seguir continuaremos com a análise do rebatimento dessas questões para os/as usuários/as do Sistema Único de Saúde, elucidando a partir das suas concepções de saúde, do direito a esta e das avaliações dos serviços dessa política no Hospital Regional de Cajazeiras.

2.4. Reflexos para os/as Usuários/as do Hospital Regional de Cajazeiras e suas Concepções sobre a Saúde

Tendo a participação popular como princípio organizativo e diretriz do SUS, explícito na Constituição Federal e na Lei 8.080/90, dando materialidade ao direito à saúde, os/as usuários/as devem participar na formulação e efetivação da política.

Pois, para além da busca de assistência, esses/as possibilitam avançar na qualidade dos serviços e ações em saúde, na medida em que seus atores/atrizes (todos/as aqueles envolvidos no sistema) se tornam capazes de compreender a realidade vivida, apontando problemas e soluções conforme suas reais necessidades (MARTINS, et al., 2011).

A saúde, pelas várias dimensões (social, política, econômica, cultural) que perpassa, permite variadas concepções sobre seu conceito. Os/as usuários/as reconhecidos/as enquanto sujeitos/as de direitos que demandam os serviços e ações de saúde, são portadores de opiniões fundamentais na efetivação e reivindicação dessa política. Em reconhecimento disso, ocorreu a motivação pra escolha desses/as como sujeitos da pesquisa. E dessa forma, foram apresentadas visões multidimensionais acerca da saúde, sobre o seu conceito, como também avaliações dessa política na instituição.

Inicialmente, será apresentado o perfil biográfico dos/as usuários/as da pesquisa. Sendo o total de 05 usuários/as, eles serão representados/as pelos pseudônimos: Usuário 01, Usuário 02, Usuário 03, Usuário 04 e Usuário 05. Isso para manter a sua privacidade, a segurança e o sigilo das informações, aspectos assegurados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). A pesquisa foi realizada com a técnica da entrevista em formato estruturado e o instrumento para coleta de dados foi o formulário constituído por perguntas abertas e fechadas.

Os/as cinco depoentes foram selecionados pelos critérios de tempo de internamento de, pelo menos, 04 dias acima e estar no setor de clínica cirúrgica, o qual compreende às Alas dos Postos A, B, C e D.

Abaixo, expomos um pequeno perfil biográfico desses usuários participantes da pesquisa:

Usuário/a 01: 44 anos, sexo masculino, agricultor, ensino fundamental completo. O motivo pelo qual estava no hospital era porque, segundo ele, “havia exagerado na bebida e uma úlcera quis estrangular” (sic).

Usuário/a 02: 28 anos, sexo feminino, doméstica e empregada informal, ensino fundamental completo. O motivo de estar no hospital foi por ter realizado uma histerectomia há alguns dias e a ferida havia inflamado; estava retornando para cuidar.

Usuário/a 03: 29 anos, sexo masculino, agricultor, ensino médio completo. O motivo porque estava no hospital foi um acidente de moto o qual precisou de uma cirurgia há alguns dias e estava se recuperando.

Usuário/a 04: 22 anos, sexo masculino, servente de pedreiro e empregado informal, possui ensino médio incompleto. O usuário afirmou ter sido vítima de um atentado, sofreu um tiro, havia feito uma cirurgia há dias e estava ainda em observação.

Usuário/a 05: 61 anos, sexo feminino, trabalhadora do lar, sem escolaridade. O motivo de estar no hospital era uma infecção no sangue.

A vida em sociedade, o contexto cultural, político e econômico, ou seja, as condições de vida e trabalho exercem influências diretas na questão saúde. De acordo com Buss e Pellegrini (2007) a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), considera que fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde, como também em fatores de risco na população. Mas, mais que isso, tais fatores influenciam ainda nas percepções, opiniões e entendimentos de questões relacionadas ao processo saúde-doença. Conforme Minayo (1997):

cada elemento da nossa representação social é reinterpretado pelo grupo a que pertencemos, pela vivência que temos na sociedade. Da mesma forma, essa reinterpretação terá um viés cultural de gênero, de idade, de pertinência a determinado país, grupo étnico etc (p. 31-32).

Como pode ser notado, a partir do perfil biográfico, os/as usuários/as estão em faixas etárias diferenciadas, pertencem à classe trabalhadora, possuem baixo grau de escolaridade e expressam motivos diversos pelos quais estão na instituição, ou seja, estão inseridos em determinados contextos sociais, possuem particularidades.

Especificamente nas questões relacionadas a concepções sobre saúde e doença, segundo Minayo (1997), pode-se dizer que essas são particularmente reveladoras do grupo social, de modo que:

[...] mostra de forma muito especial, como o indivíduo se situa na sociedade e como esta se situa em relação ao indivíduo. Ou seja, construímos um discurso social-histórico sobre saúde e doença, um discurso social-histórico sobre o corpo e um discurso sobre a vida e sobre a morte. Saúde e doença, portanto, não são apenas efeitos biológicos, mas também acontecimentos culturais historicamente construídos de diferentes formas em diferentes sociedades (p. 33).

Neste sentido, em seguida, na pesquisa, foi perguntado sobre o que é saúde. E foram apresentados conceitos subjetivos, pautados em concepções e opiniões dos sujeitos, podendo ser evidenciados aspectos relacionados ao bem estar físico e à ausência de enfermidades, ao bem estar psíquico, ao fato de poder trabalhar.

Uma coisa boa. É estar bem. Quem tem saúde tem tudo na vida (Usuário/a1).

A melhor coisa do mundo. É a pessoa estar bem, sadia, disposta (Usuário/a 5).

É estar com autoestima, estar bem, com disposição e forças de viver (Usuário/a 2).

É ser feliz, alegre, sem doença, bem de vida (Usuário/a 4).

Ter uma boa vida. Ser saudável. Poder trabalhar. E ela é melhor quando é dada pelo governo (Usuário/a 3).

São concepções diversas e multidimensionais que envolvem aspectos inteiramente ligados ao conceito de saúde e que expressam, de fato, o entendimento de cada usuário/a participante da pesquisa, suas visões, percepções e opiniões.

A saúde pública, gratuita e de qualidade é um direito social conquistado por lutas históricas da classe trabalhadora, envolvendo sujeitos de vários segmentos sociais com diversas opiniões, percepções e objetivos, dentre os/as quais estão usuários/as, profissionais, sindicatos, gestores, entre outros.

O Sistema Único de Saúde, por sua vez, organiza e concretiza o acesso a esse direito. De acordo com Medeiros, (2010; p. 27) “o SUS é resultado de propostas defendidas ao longo de muitos anos pelo conjunto da sociedade, estando ainda sujeito a alguns aperfeiçoamentos”. Desse modo, em relação a sua compreensão como direito social, todas as respostas são afirmativas, todos e todas os/as usuários/as da pesquisa dizem compreendê-la enquanto tal.

Com certeza. Porque sem ela não podemos viver (Usuário/a01).

Sim. Porque é tudo de mais importante que temos (Usuário/a 02).

Sim. Porque a gente pode vir aqui no Hospital, ficar aqui, tomar os remédios e depois melhora, fica bem (Usuário/a 05).

De acordo com Minayo (2010), as condições de vida e trabalho, a posição diferenciada das classes, das categorias, dos segmentos e dos gêneros confere aos sujeitos formas peculiares de perceber e reagir diante dos fenômenos relacionados ao conceito de saúde. A autora atenta para o fato de que “saúde e doença precisam ser tratadas como processos fundamentados na base material de sua produção” (p.123) considerando as características biológicas, mas também culturais em que essas se manifestam.

A justificativa dos/as usuários/as não toca nos aparatos jurídicos e legais, como encontramos corriqueiramente nas mais variadas definições sobre o tema, pois seus entendimentos partem daquilo que esses sujeitos compreendem como o que é ter acesso a esse direito social e como isso é importante por várias razões. Suas compreensões se baseiam nas suas vivências, no seu cotidiano e no contexto social em que estes estão inseridos.

Dessa forma, o porquê é direito, não diz que é porque foi uma conquista da população, da classe trabalhadora e porque a Constituição assegura, aspectos ressaltados no decorrer desse trabalho. Isso não significa que não há uma compreensão dessa dimensão por parte dos/as usuários/as, mas sim, que esta se dá de forma diferenciada, considerando as particularidades, como o modo de vida, a cultura e as relações sociais, aspectos intrínsecos à saúde e que formam o entendimento e opinião de cada sujeito.

O Hospital Regional de Cajazeiras, assim como muitas instituições de saúde no Brasil, sofre os efeitos do processo de precarização e sucateamento do sistema único, os cortes de verbas, as falhas na estrutura, a falta de medicamentos e de recursos para vários procedimentos, a longa e difícil espera nas filas dos serviços, são aspectos vivenciados cotidianamente nesses espaços e foram relatados na pesquisa com usuários/as, na questão da avaliação da política na instituição.

Boa. Comparando com minha cidade, que tudo falta, não tem nada, nem remédio, só às vezes que tem médico. É boa porque tem um recurso mais ou

menos né?! Porque fui muito bem tratado pelas enfermeiras, já estou quase bom (Usuário/a 01).

Normal. Mais ou menos. Porque eu esperei muito para realizar a cirurgia. Mas os remédios que precisei tinham aqui. A estrutura do quarto é que não é tão boa, essa cama... Não tem lençol” (Usuário/a 02).

É boa. Porque estou sendo bem cuidado aqui. Tomei alguns remédios, uns daqui mesmo, outros eu precisei comprar, porque aqui não tinha. Mas acho boa (Usuário/a 03).

O recurso “mais ou menos” e os aspectos ausentes ressaltados são exemplos desse processo de precarização. Considerando a situação vivenciada pelo desmonte de direitos sociais nos últimos tempos, em que temos recentes exemplos como a Emenda Constitucional nº 95/2016, constituindo-se no novo regime fiscal para o orçamento da Seguridade Social, resultando no corte de gastos com a saúde, na fala evidenciam-se as divergências existentes entre o âmbito legal e a realidade no SUS.

Tais aspectos têm suas raízes no processo de focalização e desmonte das políticas de proteção social. Segundo Neves (2015), algumas implicações vêm catalisando o processo de desconstrução dos direitos sociais, como: a ressignificação das políticas sociais, com forte mercadorização dos serviços, prevalecendo o desmonte e a precarização.

É importante destacar, que com base na compreensão destes/as usuários/as como cidadãos/as, participantes fundamentais dessa política, direito de todos e dever do Estado, a saúde não deve ser uma ação paliativa que assegura o mínimo, mas deve contemplar suas necessidades de forma integral. De acordo com Cohn (2005 *apud* SOUSA, 2014) o principal desafio para isso é se contrapor da segmentação das políticas sociais via Estado e mercado, e garantir a efetivação desse direito explícito e assegurado no âmbito legal, no plano real de fato.

Outro ponto que cabe destaque nessa avaliação é o princípio de universalidade, estruturante e fundamental do Sistema Único de Saúde. Um ideário da Reforma Sanitária na defesa do seu caráter público e estatal, reconhecido na Constituição Federal de 1988.

É muito boa. Tem tudo aqui, não precisa pagar né, as enfermeiras tratam bem, o médico também (Usuário/a 05).

Segundo Bravo (2006), a universalidade tem sido um dos princípios que tem provocado maior resistência aos formuladores do projeto de saúde vinculado ao mercado, uma vez que este é guiado por concepções individualistas que se contrapõem às concepções coletivas do SUS. Tem sido grande o desenvolvimento dos planos privados de saúde no Brasil, via o favorecimento e desvio de recursos do SUS para essa esfera como comprova os dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em que na produção hospitalar²⁸, os recursos que são destinados às esferas públicas correspondem em média a 45,58% e em contraponto temos 54,42% investido na compra de serviços à rede privada / filantrópica (Correia et al., 2017). Porém, nem todos/as têm acesso a esses serviços, mediante o seu caráter excludente e individualista condicionado ao pagamento prévio.

E sobre isso a pesquisa revela que todos/as os/as usuários/as participantes têm acesso à saúde apenas mediante o SUS. Nenhum/a tem plano de saúde privado de qualquer tipo. Mostrando a necessidade de investimentos prioritários no SUS que reforcem a universalidade prevista, em que todos devem ter acesso a serviços públicos, gratuitos e de qualidade.

A relação entre profissionais e usuários/as é outro ponto essencial na materialização do direito à saúde no SUS. A falta de comunicação entre profissionais e população, por sua vez, pode impossibilitar que as reais necessidades e demandas deste último segmento sejam reveladas e conseqüentemente respondidas.

Como proposta para qualificar o atendimento e essa relação surge o documento, idealizado pelo Ministério da Saúde, da Política de Humanização do SUS (PNH), com princípios de transversalidade para a transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos presentes nos espaços de saúde, a indissociabilidade entre atenção e gestão buscando alterações dos modos de cuidar inseparável de alterações dos modos de gerir e o protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos reconhecendo que “as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos” (BRASIL, 2008, p. 24).

A política tem como fundamento, além dos princípios mencionados, o estímulo:

²⁸ Responsável pela média e alta complexidade. “A alta complexidade fica responsável por: assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); entre outros” (CORREIA, ET, AL, 2007, p. 10).

a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

As falas da pesquisa sobre essa questão trazem considerações e avaliações, em que uns/as mencionam o bom atendimento, o cuidado, respeito e o tratamento dos profissionais. Aspectos que denotam o acesso e a compreensão da saúde como direito respaldado pela legislação e pelos princípios norteadores do SUS.

Boa. Muito boa. [Dizendo já ter criado vínculos com alguns profissionais] Já fiz até amizade com as enfermeiras (Usuário/a 02).

Tem sido ótima. Tudo bem. Me trataram bem, normal... (Usuário/a 03).

Com a maioria tem sido legal. Mas com outros falta o diálogo, tratam você de todo jeito, você pergunta uma coisa e não respondem, essas coisas... (Usuário/a 04).

Muito boa. (A filha dela complementou: Deram a medicação direitinho, não atenderam mal) (Usuário/a 05).

Há uma crítica em relação a alguns/as profissionais pela falta do diálogo, a forma de tratar e não responder ao usuário/a. E sobre isso, cabe ressaltar que tais ações, além de irem à contramão do que busca a PNH, também ferem princípios da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, a qual prevê que todo cidadão deve ter um atendimento com qualidade, com presteza, recebendo informações bem explicitadas sobre o estado de saúde, de forma clara, compreensível e respeitosa (BRASIL, 2006).

No entanto, sobre esses aspectos, cabe a reflexão das condições em que o trabalho em saúde ocorre, e dessa forma não adianta a PNH prever e basear-se em princípios que visem um sistema de saúde humanizado, se não há na realidade possibilidades concretas para a efetivação de serviços de saúde pautados no ágil atendimento, na qualidade de ambiente e de acolhimento, o que é preciso ser considerado a fim de não responsabilizar profissionais trabalhadores da política pela falta ou ausência de tais aspectos.

A precarização do trabalho em saúde relaciona-se a estrutura, condições e relações institucionais e produz consequências que se expressam diretamente no acesso e na qualidade da assistência aos/as usuários/as. E é um fenômeno que:

está vinculado à reforma mais ampla do Estado, com práticas de flexibilização e terceirização da produção e emprego, e, na saúde, assume proporções especiais dada a própria expansão e capilarização dos serviços, espalhados nas mais remotas regiões do Brasil, o que dificulta o controle das formas de contrato e organização do trabalho e das condições em que ele é realizado (SANTOS; BARROS, 2012, p. 102).

Ressalvada a importância da humanização na saúde pública, a fim dar materialidade a um sistema de saúde digno, eficaz e de qualidade, ainda que a PNH vise fortalecer os princípios do SUS, pautando-se em relações democráticas nos serviços de saúde, e tenha emergindo como forma de mudar as situações de desqualificação e precariedade do sistema, é desafiador atuar e acessar o direito à saúde com base em suas propostas.

Nas avaliações em relação aos serviços de saúde por usuários/as, podem ser levados em consideração, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), aspectos como: a agilidade no atendimento, acolhimento, confiança, ambiência (conforto, limpeza, sinalização), roupas, alimentação e marcas da humanização (BRASIL, 2015). Foi considerado o que os/as usuários/as tiveram acesso e também o que não tiveram. Além disso, a avaliação ocorreu também a partir dos resultados obtidos em seu estado de saúde.

São bons. Tive acesso à medicação que precisei, a um exame. Só outros dois que não tinham no hospital e precisei fazer particular (Usuário/a 1).

São bons. Porém, como eu disse antes a estrutura não é boa não (Usuário/a 2).

Tudo ótimo. Nesses dias que tô aqui não tenho o que falar não” (Usuário/a 03).

São bons. Mas os equipamentos, como essa cama, cadeira, banheiros, são péssimos. Nem tem lençol também, fica aqui só no colchão (Usuário/a 4).

São muito bons. Tô aqui tem uns dias e já tô quase boa. Só às vezes falta algum remédio, ou não tem produto pra gente tomar banho, mas é tudo bom, senão fosse o hospital era difícil pra melhorar (Usuário/a 5).

As falas expõem críticas em relação à estrutura e aos equipamentos denotando reivindicações por precisar realizar exames particulares, por comprar remédios, pois estão em falta na instituição, enfim, pelas ausências no sistema público de saúde que visa à garantia dessa enquanto direito de todos e dever do Estado.

Sobre todas essas questões, é preciso ressaltar que fatores como a conjuntura atual, o discurso de direito a ter direitos propagando por diversos atores incluídos nas políticas sociais, entre outros, propiciam o desmonte de direitos como a

saúde, que perdem a visibilidade de suas determinações como produto e expressão da luta de classes.

A concretização saúde como direito universal vem apresentando desafios, vivenciados desde a sua implementação com SUS, mediante a ofensiva capitalista que, no decorrer da história, em momentos de crise, desestrutura e subordina a esfera social aos ditames do mercado, retirando o caráter de direito da políticas sociais.

O que nos permite pensar de acordo com Guerra (2013) sobre a necessidade de investir numa luta política e ideológica contra o pensamento único, a ressignificação e a naturalização dos direitos sociais por discursos que ofuscam os antagonismos da sociedade capitalista e os despolitizam, transformando-os em benesse, com serviços precários, prevendo apenas o mínimo para aqueles/as que os acessam.

No capítulo a seguir será elucidado sobre o Serviço Social e profissões como a medicina, a enfermagem e a psicologia, expondo sobre as suas contribuições para a efetivação da política como direito. Após isso, é tratado sobre a atuação multiprofissional em saúde e o princípio da integralidade como aspectos de suma relevância para as atuações, sendo apresentadas as concepções sobre saúde, desta enquanto direito e demais questões presentes na pesquisa, mediante as falas dos/as profissionais participantes.

CAPÍTULO III

O SERVIÇO SOCIAL E OUTRAS PROFISSÕES NA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA SUA EFETIVAÇÃO COMO DIREITO

O Serviço Social se legitima no capitalismo monopolista como profissão que atua via políticas institucionais estatais para responder diversas expressões da “questão social”, fruto da contradição entre capital e trabalho. O/a assistente social, dessa forma, se insere no mercado de trabalho como trabalhador/a assalariado/a, o qual passa pelas diversas transformações e desenvolvimentos do capitalismo.

Mais que isso, a profissão irá situar-se no processo de reprodução das relações sociais e da força de trabalho, atuando como mediadora entre os interesses das classes, no controle social e na difusão da ideologia dominante junto à classe trabalhadora, tendo sua ação polarizada por interesses divergentes e respondendo a ambos, mas podendo fortalecer um ou outro pela mediação de seu oposto (IAMAMOTO, CARVALHO, 1982).

Na saúde, estudos apontam que a incorporação dessa profissão à área ocorre não sem motivos, ou por acaso, mas, com aspectos ligados as alterações e interesses políticos, econômicos e ideológicos do estágio monopolista do capital.

Assim como as profissões e as diversas esferas da vida social, as ações da área da saúde se transformam com o desenvolver do modo de produção capitalista. Isso porque, de acordo com Bravo (2013), “a saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho da sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social” (p. 16).

Destarte, várias práticas profissionais se incorporam e emergem na saúde na era monopolista do capitalismo, como o Serviço Social. A prática médica, por sua vez, configurando-se como uma das mais antigas da área é anterior a este período, mas também se amplia nele.

Pois, a partir do desenvolvimento em larga escala das forças produtivas, a medicina amplia sua ação, e esse processo não ocorre de forma simples e ocasional, mas: “de forma complexa, dinâmica, em que se expressaram os interesses e o poder de

diferentes frações de classes sociais, em determinadas conjunturas econômicas e político-sociais, e em diferentes formações sociais” (BRAVO, 2013, p. 17).

Ou seja, a prática médica se torna mecanismo de direção do capital nas relações sociais. Uma vez que, através dessa prática tem-se o controle dos trabalhadores em relação a alimentação, o trabalho, o lazer, além de atenuar os conflitos sociais via ampliação dos serviços (BRAVO, 2013).

No capitalismo dos monopólios, marcado pela forte industrialização, as políticas sociais assumem papel econômico importante, especialmente como colaboradoras para a reprodução da força de trabalho. E, além disso, tem também o Estado, a partir da fundição de suas funções políticas e econômicas, como um catalizador para a economia (NETTO, 1992).

Ou seja, as políticas sociais dentre as quais se situa a saúde, ganham importância pelo seu caráter de colaboradoras e úteis com/para o desenvolvimento e expansão do capital. De acordo com Bravo (2013):

No capitalismo monopolista, a preocupação com a força de trabalho se reduz aos trabalhadores incorporados ao mercado, visando a sua maior produtividade e devolução o mais rapidamente possível à produção, diminuindo, com isto, o absentéismo (p. 19).

Profissões como a medicina e o serviço social são exemplos de áreas que sofrem mudanças e se integram na saúde, na perspectiva de desenvolvimento das políticas sociais atreladas as políticas econômicas do estágio monopolista.

Em relação à primeira, o Código de Ética dessa profissão é marcado por aspectos como a ausência de entendimento com a sociedade a qual irá prestar seus serviços, a prioridade de questões relativas ao tratamento de doenças e a defesa de seus profissionais ou da profissão (VASCONCELOS, et al., 2012).

Não que esses aspectos sejam irrelevantes, mas sua predominância e hegemonia acabam por excluir ou deixar de lado demais questões consideradas importantes para as ações em saúde, pautadas na democracia, cidadania, igualdade etc. Isso porque, além desses aspectos, segundo Vasconcelos et al. (2012), evidenciam-se também princípios que expressam deveres, sendo esses abstratos e a-históricos revelando preocupações maiores com a profissão e sua valorização.

Mas, além dessas profissões, podemos mencionar também a psicologia. Uma vez que, dadas as condições desse período - a elevação da produção e do controle de mercados versus a necessidade do aumento e eficiência da força de trabalho e o

aprofundamento de várias expressões da “questão social” - o/a psicólogo é requisitado a atuar exatamente nessas, via políticas fragmentadas e especializadas.

A profissão, embora marcada pela prática liberal na chamada atividade clínica, aos moldes das profissões médicas, tem em seu desenvolvimento debates acerca da função social do psicólogo ou compromisso social. Esse fator, atrelado ao desenvolvimento capitalista, se torna facilitador da incorporação do/a profissional na saúde pública. De modo que, “seja por contingências do mercado, seja por definições de ordem político-profissional, a realidade é que a presença dos psicólogos no setor público ganha expressão” (Yamamoto, 2007, p. 31) sendo notável a expansão da profissão nas políticas estatais.

No Código de Ética dessa Profissão, em seus princípios fundamentais é apontado como base do trabalho desse profissional o respeito à dignidade e integridade do ser humano. Segundo Vasconcelos (et, al, 2012) ao utilizar o termo ser humano fica ausente o entendimento desse ser como sujeito de direitos.

A enfermagem, como primeira profissão feminina universitária, a qual estava destinada a dar suporte aos programas de saúde pública e ao funcionamento de seus serviços (APERIBENSE, BARREIRA, 2008), também se configura como exemplo de área que se desenvolve e tem seu papel readequado no processo de aprofundamento das expressões da questão social e reorganização das funções estatais.

Com as novas formas de trabalho geradas pelo novo estágio do modo de produção são introduzidas outras preocupações na esfera produtiva, como as doenças não transmissíveis que acometiam em especial os trabalhadores. Em função disso, ocorre a remodelação dos serviços sanitários, e neste cenário, a enfermagem se institucionaliza, objetivando formar profissionais para atuar na educação em saúde. Porém, é no campo hospitalar que a profissão é consolidada, em seu processo de modernização e expansão (GALLEGUILLLOS, OLIVEIRA, 2001).

Em relação ao seu Código de ética, este tem a maioria de seus artigos relacionados às responsabilidades, aos deveres, às proibições, às infrações e penalidades ao/a profissional. E em seus princípios fundamentais destaca-se o compromisso com a saúde do ser humano e da coletividade. O que acaba por conceber o/a usuário/a de forma abstrata e ainda que se aproximando de aspectos isolados da Constituição, não explicita o compromisso com a saúde como direito (VASCONCELOS, et al., 2012).

O/a assistente social, por sua vez, insere-se no campo da saúde a partir dos anos 1945 no contexto de expansão do capitalismo no Brasil. Desenvolvendo uma ação

pautada na influência norte-americana presente na profissão neste período, consistindo em “uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde” (BRAVO, MATOS; 2004).

Segundo Bravo (2013) essas ações mudam a partir da década de 1960, com o Movimento de Reconceituação²⁹ no Serviço Social brasileiro e, posteriormente, com a construção do projeto ético-político da profissão.

Cabendo salientar que é no processo de elaboração deste último que são evidenciadas semelhanças com o projeto de Reforma Sanitária, presente na saúde desde meados da ditadura civil-militar. E que, até então, as lutas já existentes na área em busca da universalização e implementação enquanto política pública, não haviam adentrado no Serviço Social.

A profissão chega aos anos 1990 com alterações de caráter teórico, metodológico e da prática institucional, fruto do Movimento de Reconceituação. Mas em relação à saúde, se apresenta ainda como categoria desarticulada do movimento de Reforma Sanitária e, com isso, sem nenhuma ocupação estatal na área pelos setores progressistas da profissão e também ainda com uma produção insuficiente sobre as demandas postas à prática em saúde (Bravo, 2011).

Tais semelhanças entre os dois projetos mencionados antes (de Reforma Sanitária e Privatista) se encontram em ambos serem construídos no período de abertura política e consolidados na década de 1980. Como também, a luta em defesa da classe trabalhadora, da ampliação da cidadania e da universalização do acesso as políticas sociais, entre as quais a saúde está situada, são outros aspectos que denotam suas afinidades.

O código de ética do Serviço Social expressa onze princípios fundamentais, tais como a liberdade como valor ético central, a ampliação e consolidação da cidadania visando garantir direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras, o posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sócias, dentre outros.

²⁹ Segundo Imamoto (2010): “é dominado pela contestação ao tradicionalismo profissional, implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social, da prática profissional e de seu modus operandi” (p. 205). E de acordo com Netto (2005) este processo foi representado por três perspectivas: modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura.

De acordo com Vasconcelos (et, al 2012), ainda que a profissão não seja exclusiva da saúde, seus princípios fazem referências aos ganhos na Seguridade Social, da qual essa faz parte. Outro ponto que podemos destacar é que diferentemente dos demais códigos mencionados, o do serviço social é o único a considerar aspectos como a sociedade, os movimentos sociais e a classe trabalhadora, situando-os historicamente. Além de afirmar o compromisso com estes, apontando a importância de sua participação efetiva.

Além disso, dentre as políticas de atuação profissional, a saúde representa um dos setores mais significativos da profissão, desde o seu início, tendo um grande quantitativo de profissionais, situação que permanece até os dias atuais (BRAVO, 2013).

A incorporação de diversas práticas profissionais à área da saúde e ampliação de outras neste momento é justificada por Bravo (2013) pelo fato da melhoria nas condições de saúde do trabalhador possibilitar a obtenção de mais produtos em menor tempo de trabalho, ocorrendo a produção de mercadorias com custo mais reduzido.

A autora sinaliza algumas reflexões e indagações sobre esse aspecto como o fato da mortalidade e dos problemas de saúde ocorrerem de formas diferentes de acordo com a distinção de classes sociais. Sendo evidente que a morte e as doenças afetam em maior escala as classes trabalhadores do que as classes ligadas ao capital, por questões dos desequilíbrios do processo saúde-doença, em que podemos mencionar os aspectos como as condições de vida e trabalho, a educação, o saneamento, entre outros, os quais afetam muitos mais as frações ligadas ao trabalho.

Destarte, como a saúde se configura como uma área importante tanto na esfera da produção, se pensarmos, por exemplo, na grande indústria farmacêutica e nos serviços privados, como da reprodução do capital, uma vez que a partir de melhorias nas suas condições há resultados visíveis no desempenho do trabalhador, esta área se modifica no decorrer da história e as profissões inerentes a ela também sofrem suas mudanças.

A partir dessas considerações iniciais, este capítulo busca apresentar o Serviço Social e algumas profissões, como a medicina, a enfermagem e a psicologia na materialização da saúde, de acordo com os dados obtidos na pesquisa realizada com profissionais do Hospital Regional de Cajazeiras.

Expondo no primeiro item sobre o perfil biográfico dos/as profissionais da pesquisa e análise conforme os dados obtidos, as concepções de saúde desses e como ocorre a sua viabilização à luz do direito.

Em seguida, busco elucidar sobre o princípio de integralidade e a atuação multiprofissional em saúde como elementos bases de sua efetivação. Elencando, após isso, as respostas obtidas na pesquisa empírica e tecendo análises fundamentadas e subsidiadas nas discussões realizadas por autores/as e estudiosos da área.

3.1. Concepções de Assistentes Sociais e Outros Profissionais acerca da Saúde e sua Efetivação à luz dos Direitos

De início, será apresentado o perfil biográfico dos/as profissionais participantes da pesquisa. Sendo o total de 06 profissionais, eles/as serão representados/as pelos pseudônimos: Profissional 01, Profissional 02, Profissional 03, Profissional 04, Profissional 05 e Profissional 06. A fim de manter a sua privacidade, a segurança e o sigilo das informações, aspectos assegurados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Eles/as foram selecionados/as a partir do recorte de 30% de cada categoria, mediante os critérios de adesão, de tempo mínimo de 05 anos de trabalho na instituição e de atuar no Setor de Clínica Cirúrgica (interno), que compreende as Alas dos Postos A, B, C e D.

Assim como para o grupo de usuários/as, pesquisa foi realizada com a técnica da entrevista em formato estruturado e o instrumento para coleta de dados é o formulário constituído por perguntas abertas e fechadas. Da mesma forma, apresentamos um simplificado perfil biográfico dos/as mesmos/as.

Profissional 01: idade entre 31 e 40 anos, sexo feminino, vínculo empregatício estatutário, também trabalha na rede privada de educação e trabalha no hospital há dez anos.

Profissional 02: idade entre 41 a 50 anos, sexo feminino, vínculo empregatício celetista, não trabalha na rede privada e está na instituição há 05 anos.

Profissional 03: idade entre 21 e 30 anos, sexo feminino, estatutária, não trabalha na rede privada e está há 06 anos na instituição.

Profissional 04: idade entre 21 e 30 anos, sexo masculino, vínculo empregatício celetista, também trabalha na rede privada de saúde e está há 05 anos no Hospital Regional de Cajazeiras.

Profissional 05: idade entre 21 e 30 anos, sexo masculino, vínculo empregatício celetista, não trabalha na rede privada, está há 05 anos na instituição.

Profissional 06: idade entre 31 e 40 anos, sexo masculino, vínculo empregatício celetista, também trabalha na rede privada de saúde e está há 07 anos no hospital.

A partir do perfil dos/as profissionais é possível, apontar alguns aspectos como o fato do vínculo empregatício, pois embora sabendo que o/a celetista possui direitos respaldados em lei, todos/as dizem prestar serviço mediante contratos com a instituição, apontando para a instabilidade no emprego, mostrando a precariedade do vínculo de trabalho dos/as profissionais na instituição e no Sistema Único de Saúde.

Isso de dá a partir das crescentes contrarreformas estatais, iniciadas desde a década de 1990, visando o desmonte da estabilidade pela flexibilização das relações de trabalho e outras estratégias. Sobre isso, Pessanha e Artur (2013, p. 578) afirmam: “a precariedade manifesta-se pela baixa qualidade de contratos legais e pela flexibilidade por meio da existência de diversos tipos de vínculos empregatícios por trabalhador ocupado”.

Dando continuidade aos dados da pesquisa, no que diz respeito à concepção do que é saúde, cabe retomar o conceito dado pela Organização Mundial de Saúde de que é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1948), e também dos seus determinantes e condicionantes como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, explícitos na Lei nº 8.080.

As falas dos/as profissionais apresentam concepções amplas, pautadas nesse conceito e ultrapassam a visão apenas curativa e patológica, assim como tocam em dimensões e opiniões subjetivas voltadas ao bem estar emocional.

Saúde é mais amplo e vai além da dimensão da ausência de doenças. Envolve dimensões sociais, políticas, econômicas, questões de habitação e saneamento básico de um indivíduo que vive em sociedade. Além disso, a sua ausência, como as demandas se apresentam aqui, decorre de fragilidades nesse conjunto de questões que estão conectadas à saúde (Profissional 01).

Para mim a saúde engloba várias dimensões da vida, como a dimensão psicológica e também a alimentação, o saneamento básico, a educação, o esporte e outras. São várias coisas que interferem na saúde, seja pela presença ou não delas (Profissional 03).

É bem-estar físico, emocional, psíquico do ser humano. Não somente a ausência de enfermidades (Profissional 04).

É bem estar psíquico e social (Profissional 05).

Fugindo um pouco daquela definição de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde, pra mim saúde é felicidade (Profissional 06).

Envolvendo diversas dimensões da vida em sociedade, a saúde como direito humano e social e também política pública tem respaldo na Declaração Universal dos Direitos Humanos: Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis (ONU, 1948). Como também na Constituição Federal brasileira de 1988, a qual explicita que saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na compreensão dessa dimensão do direito e o porquê, as falas são afirmativas e as justificativas coincidem principalmente sobre o fato de ser assegurado por lei:

Sim. Porque o indivíduo tem que ter acesso às políticas respaldadas pela Constituição Federal e demais leis [...] (Profissional 01).

Com certeza. Porque está assegurado na Constituição Federal, na Lei Orgânica e em outras, sendo previsto como direito que é de todos e dever do Estado (Profissional 02).

Sim. Pela própria Constituição Federal que a defende, porque é direito de todos e dever do Estado (Profissional 04).

Há ainda perspectivas que relacionam o Sistema Único de Saúde aos pobres, àqueles que não têm condições para custear o acesso à saúde privada, evidenciando um caráter de política não como direito social, mas de benesse, destinada aos pobres.

Sim. Porque ela é para todos, o SUS é para todos. Independente de classe social. E o SUS está justamente para isso, para aqueles que não podem

pagar para terem acesso também à saúde, por isso ela é direito (Profissional 03).

A fala expõe o binômio entre universalização e focalização que está relacionado, de acordo com Cohn (2005 *apud* SOUSA, 2014) às formas de pobreza e desigualdade social que fundam o sistema de proteção social no Brasil. De modo que, a universalização aparece como princípio de que o sistema é para todos/as e vai de encontro ao contraditório: a focalização na pobreza. Pois, se de início é dito que todos têm acesso, independente da questão de classe, como apontado na fala, na sua continuidade, o sistema aparece como seletivo, compensatório, de acesso restrito e destinado aos necessitados, aos pobres que não tem condições de pagar por serviços privados.

Outra dimensão do direito à saúde é o fato dela por ser ofertada pelo Sistema Único de Saúde para todos e do acesso como um retorno do Estado para a população mediante o pagamento de impostos.

Uma vez que o financiamento do sistema ocorre pela aplicação dos recursos públicos gerados pelas contribuições sociais, por impostos e demais fontes de arrecadamento do Estado. Como, por exemplo: Contribuições de patrões e empregados, o pagamento de impostos embutidos no preço de produto e serviços (Impostos sobre Circulação de mercadorias – ICMS), também sobre Contribuições Sociais sobre o Lucro Líquido (CLSS) e sobre os automóveis através do Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) (IDEC, 2003). Embora a saúde se configure como direito universal gratuito, os impostos pagos pela população não deixam de custear os serviços, como expressa a fala a seguir:

Sim. Porque é legal, por ser ofertado pelo SUS e também é direito porque o cidadão contribui para ter o acesso, seja pelos impostos, seja pela previdência social e outros meios (Profissional 05).

Outro ponto ressaltado na pesquisa, que busca elucidar sobre a efetivação do direito à saúde, é em relação a conhecer e divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS na instituição. Sendo este um documento 2006 publicado pelo Ministério da Saúde e elaborado pelos governos federal, estaduais e municipais junto ao Conselho Nacional de Saúde, que se configura uma ferramenta importante na promoção de informações dos direitos nos serviços e atendimentos dessa política.

A pesquisa revela que apenas dois profissionais a conheciam. Mostrando que, embora a carta seja de suma importância, sua divulgação ainda não ocorre de

maneira efetiva, seja pela instituição, pelos Conselhos ou demais meios. De acordo com Berclaz (2015), dar conhecimento, fazer cumprir e respeitar esse democrático documento, pode ser um excelente começo para que a política de saúde pública seja objeto de atenção e cuidado dos políticos e da população.

Tento seguir. Como exemplo tem o princípio do atendimento com qualidade no que diz respeito ao direito do usuário de receber informações sobre seu estado no hospital, e ainda que em determinadas situações na minha formação não tenha subsídios para dar informações sobre o estado de saúde do usuário, informo a esses sobre seu direito de pedir informações aos profissionais competentes, lhes mostrando que acessar ao prontuário, por exemplo, é direito do usuário e também dos familiares. Como também realizo a orientação sobre o direito do paciente reclamar qualquer ocorrido na ouvidoria da instituição e de em casos que sejam necessários, acionar o Ministério Público (Profissional 01).

Busco seguir todos os princípios. Porém, encontro dificuldades no sistema para cumprir alguns como a integralidade e a equidade, no primeiro porque o paciente está aqui e ao sair acaba o atendimento, porque este não consegue mais acessar pelo sistema os medicamentos, exames que necessita para dar continuidade ao atendimento/tratamento, no segundo porque o paciente que aqui está infelizmente quando possui melhores condições acessa mais serviços, realiza mais exames, por poder custear e aquele que não pode infelizmente acessa menos. Os demais princípios como atendimento com organização, sem discriminação vejo aqui na instituição, são seguidos (Profissional 05).

Os princípios da Carta, apresentados no capítulo anterior e ressaltados nas falas, articulam-se com outros pilares que dão materializam o direito à saúde como a integralidade e equidade. A concretização desses dois últimos princípios é apontada como uma das dificuldades percebidas pelo/a profissional no SUS.

Em relação ao primeiro é frisada a questão da fragilidade no acesso aos serviços como preceitua a Constituição Federal, a partir da lógica do acesso e articulação de todas as ações e níveis de atenção à saúde, ficando o/a usuário/a limitado ao atendimento apenas na instituição onde esteve, não acessando demais serviços que respondam suas necessidades complexas.

Ainda em relação a documentos, ações e projetos que visem trabalhar a dimensão do direito a informação na saúde, previsto na Lei Orgânica de Saúde acerca dos princípios e diretrizes dos serviços de saúde no SUS, as próprias instituições e equipes que nelas atuam também podem desenvolver. Sobre isso, além da carta, em relação a outros meios de divulgação dos direitos dos usuários usados pelos profissionais na viabilização da saúde, as falas expressam que há:

O POP (Plano Operacional Padrão), documento criado pela equipe [de trabalho], baseado em princípios éticos profissionais, o qual contém projetos de intervenção voltados para a política de saúde, a serem realizados pela equipe, visando repassar informações importantes sobre os serviços de saúde

da instituição para os usuários e acompanhantes, como também projetos com os profissionais (Profissional 01).

Só mesmo a orientação em relação aos direitos deles. E a nossa equipe [...] busca realizar projetos com usuários, acompanhantes e profissionais sobre a política de saúde, divulgar os serviços da instituição, a importância e direito do paciente ter acompanhante, entre outros (Profissional 03).

O documento mencionado pelas/os profissionais, produzido pela equipe de trabalho, voltado para a atuação da profissão naquela instituição de saúde, o qual está pautado em princípios éticos de sua profissão e também da própria política, pode ser considerado como meio para intervenção com os/as usuários, materializando o direito à informação e de articulação da profissão com as demais. Pontos fundamentais para a viabilização da saúde como direito.

No entanto, nem sempre as instituições dispõem de condições favoráveis ao desenvolvimento de tais ações que visam à articulação da equipe e meios para a divulgação dos direitos dos/as usuários/as do SUS.

Nós não temos algo assim da própria equipe ou na instituição voltado a isso, trabalhamos pouco com essa dimensão, essa parte aqui na instituição sempre quem fica responsável é a área de serviço social. Explicitamos sobre o que a instituição dispõe, mas fazemos mais encaminhamentos [...] (Profissional 02).

Não temos nada nesse sentido aqui na instituição. Trabalho apenas de acordo com as atribuições da minha profissão [...]. Atendendo, consultando, medicando etc.” (Profissional 04).

A partir dessas falas percebo a fragilidade quanto à disponibilização de ações na instituição que visem informar, mostrar ou divulgar os direitos dos/as usuários do SUS. O principal aspecto que noto como ausente é a dimensão da informação e da divulgação dos direitos na saúde princípio do Sistema Único de Saúde, explícito na Lei 8.080/90: a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário (BRASIL, 1990).

Em relação ao exercício do controle social, principalmente por parte da sociedade, outro princípio fundamental na materialidade da saúde à luz dos direitos. A pesquisa revela que apenas dois profissionais já participaram de alguma Conferência de Saúde. Esse dado revela uma fragilidade na participação política dos profissionais de saúde participantes da pesquisa.

De acordo com a Lei 8.142/90, as Conferências de Saúde deverão contar com a participação de vários segmentos sociais a fim de analisar a situação da saúde, estabelecer diretrizes, nos níveis correspondentes de governo, em que são traçados

objetivos definidos como fundamentais pelos participantes. Os quais, dadas a suas categorias (profissionais, usuários/as, gestores/as) expressam múltiplos interesses e visões (BRASIL, 1990).

A participação de profissionais nesse espaço se expressa como de suma relevância para a formulação e atuação na política de saúde, bem como para expor interesses e objetivos múltiplos que podem se tornar coletivos. Sua ausência, no entanto, pode propiciar fragilidades nos espaços de discussões, e ser refletido posteriormente na materialização da política.

Em relação à de que forma atua a profissão na instituição no que diz respeito à viabilização da saúde como direito, as falas expõem que essa se dá através de orientações que promovem conhecimentos aos/as usuários/as sobre seus direitos, como também sobre os serviços de saúde, e pautada na igualdade, qualidade de atendimento e respeito, princípios básicos do SUS e da PNH, sendo também reafirmada a concepção ampla de saúde.

De forma consciente e com empenho. Consciente no sentido de ter como de fundamental importância a garantia da saúde como direito, buscando reconhecer sua dimensão ampla [...] saindo da perspectiva saúde-doença. E realizando orientações acerca da saúde nessa dimensão do direito mesmo (Profissional 01).

Com orientações sobre os direitos deles enquanto usuários e pacientes aqui no hospital e com os projetos citados (Profissional 03).

Atendendo a todos de forma igualitária, sem distinções, mostrando que o SUS é para todos, fazendo o trabalho [...] pautado na igualdade (Profissional 04).

Tentando prestar um bom serviço, bom atendimento, respeitando e sem discriminação (Profissional 05).

Como também toca em questões referentes às relações profissionais na área, na medida em que um/a dos/as profissionais menciona trabalhar como “grande gestor e organizador”. Essa fala traz um aspecto sobre as relações entre as profissões em saúde. Uma vez que ao se colocar como tal, esse/a profissional pode acabar por conferir a sua profissão uma posição mais alta, ou mais importante nos serviços de saúde.

Sobre essa questão, das relações profissionais na saúde, podemos destacar a Lei do Ato Médico³⁰, de número 12.842, aprovada em 2013. Projeto elaborado pelo

³⁰ De acordo com Sobottka (2013): “Face às mudanças no campo da saúde, à constante entrada de novas profissões nele e ao conseqüente temor de serem impelidos a um campo de cooperação multiprofissional no qual as competências de cada profissão precisam ser negociadas, os médicos decidiram tomar iniciativas em favor de uma legislação específica que os colocasse numa posição privilegiada e mais confortável face às outras profissões e ao público em geral” (p. 514).

Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2001, tramitando por 11 anos e recebendo várias versões até a sua aprovação, contemplando ao final a essência do projeto original (SOBOTTKA, 2013).

Um dos principais aspectos expressos no documento é o fato de que embora sempre mencionado pela categoria de médicos/as que o texto em momento algum colocaria os demais profissionais em posições subalternas, o projeto original previa que o médico é indispensável à administração de serviços de saúde, como também, do ponto de vista clínico, a hierarquização estava expressa na questão de que caberia privativamente aos médicos a formulação do diagnóstico nosológico³¹ e a prescrição terapêutica medicamentosa.

Sobre isso, várias foram as reivindicações por demais profissionais de saúde, como psicólogos/as, enfermeiros/as, fisioterapeutas e assistentes sociais, revelando a subordinação num campo de trabalho que é compartilhado (SOBOTTKA, 2013).

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) manifestou posicionamento contrário ao que prevê o documento, afirmando que:

Compreendemos que o texto aprovado pelo Senado [...] cerceará o livre acesso da população aos/as profissionais de saúde, bem como a autonomia do exercício das demais profissões, inclusive a de assistente social, já que impõe uma hierarquização e uma maior burocratização do acesso aos serviços de saúde, além de não considerar práticas ligadas a outras tradições, como as relacionadas à medicina oriental (grifos meus; CFESS, 2013, *online*).

A partir da compreensão que o trabalho em saúde, mediante seu conceito amplo que abarca diversas dimensões, só é possível de maneira coletiva, uma vez que os saberes e as práticas têm limitações, ações, documentos ou concepções que denotam relações niveladas por posições mais altas ou mais baixas dificultam a viabilização da saúde como direito.

Apresentadas as concepções dos/as profissionais e como ocorre a materialização da saúde à luz dos direitos, daremos continuidade a este capítulo discutindo no próximo item sobre a integralidade e atuação multiprofissional. Discorrendo inicialmente sobre esses dois aspectos, bem como a sua relevância na política de saúde e expondo como a relação interdisciplinar se concretiza na realidade dos/as profissionais pesquisados/as.

³¹ A determinação da doença (Conselho Federal de Medicina, 2016).

3.2. O Princípio de Integralidade e a Atuação Multiprofissional em Saúde

Face às mudanças ocorridas na sociedade capitalista, com o desenvolvimento do ensino superior e conseqüentemente das profissões especializadas, a saúde como espaço de trabalho, e também de pesquisa e ensino, tem passado por modificações e incorporado diversos saberes. Os quais passam a atuar juntos, visando atender as diversidades das demandas apresentadas, e dadas as suas particularidades formam equipes de atuação multiprofissional.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004):

As peculiaridades da saúde são muitas, além do histórico de acúmulos e de conquistas legais, vive-se um momento de profunda revisão de valores nos conhecimentos e tecnologias da atenção, de importante revisão da clínica para uma abordagem mais complexa e coerente com o andar da vida individual e coletiva, de acelerada renovação tecnológica - em processos e instrumentos - e de pressão pelo atendimento às necessidades sociais por saúde com as dimensões brasileiras de diversidade epidemiológica, demográfica, cultural, social e econômica (p.1403).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou, no ano de 1997, a Resolução nº 218, a qual reconhecendo a ampliação pela 8ª Conferência do conceito saúde, sendo esse interligado a aspectos de vida e trabalho, bem como a integralidade da atenção na política e a participação social enquanto questões fundamentais para o acesso, elencou 13 categoriais de profissionais da saúde, sendo esses: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

De acordo com Vasconcelos (et, al 2012) a necessidade dessa resolução, nove anos depois da Constituição Federal, expressa as dificuldades das diferentes profissões em saúde em materializar as estratégias relacionadas não só ao reconhecimento da importância das ações interdisciplinares, mas também às questões de consciência sanitária e de controle social.

O princípio de integralidade, debatido desde o início do movimento de Reforma Sanitária, visto que esse buscava abordar a saúde em suas várias dimensões, apresenta-se constitucionalmente como norteador para a formulação e atuação na política de saúde. Buscando ultrapassar a abordagem biológica e curativa exclusiva, a qual faz parte e foi hegemônica durante muito tempo na área.

O documento o apresenta como diretriz para a organização das ações e serviços de saúde: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas,

sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988), assim como a Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) também o coloca princípio a ser obedecido, dando ainda seu significado: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Para a possibilidade desse princípio, Feuerwerker (2002) aponta que implica uma ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de sua compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento dos limites da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destacando, também, que a atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde, para que de fato constituam uma equipe multiprofissional e entre profissionais de saúde e usuários, para que se amplie efetivamente sua autonomia.

Dadas às características dos modelos de saúde excludentes até a implementação do SUS, a integralidade se apresenta como uma das estratégias na formulação da política de saúde para efetivação dessa enquanto direito de todos e dever do Estado.

Pinheiro (2009) afirma que como meio para a concretização do direito à saúde, o princípio de integralidade significa:

compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (*online*).

De forma que a saúde precisa ser compreendida como categoria da prática portadora de padrões móveis e progressivos e o sistema de saúde, bem como sua organização e suas práticas devem ser capazes de acompanhá-los (PINHEIRO, 2009).

E, nesse sentido, a integralidade representa mudanças progressivas das práticas em saúde, podendo ser considerada uma inovação, a qual é construída cotidianamente por permanentes interações democráticas dos sujeitos nos e entre os serviços de saúde, pautadas em valores emancipatórios fundamentados na garantia da autonomia e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que busca obter (PINHEIRO, 2009).

Por fim, a mediante essas reflexões, a integralidade pode ser concebida como construção coletiva fruto da luta pela efetivação do direito à saúde, que se

expressa e se materializa no cotidiano dos serviços, por diferentes sujeitos/as, suas concepções e ações ali presentes, objetivando uma abordagem ampla e abrangente de saúde.

Abaixo, será versado sobre a atuação multiprofissional no Hospital Regional de Cajazeiras, de acordo com as falas dos/as profissionais sujeitos/as da pesquisa, realizando análises críticas dessas, referentes à concretização da integralidade.

No que diz respeito à relação com a equipe multiprofissional na viabilização do direito à saúde, as falas trazem que:

É boa justamente por ter esse entendimento da necessidade da articulação, porque nenhum profissional consegue trabalhar sozinho aqui. Eu busco incentivar para um bom desempenho de cada função (Profissional 06).

Apesar de que na instituição não há um projeto ou reuniões interdisciplinares, as reuniões existentes entre coordenadores das equipes são apenas de caráter administrativo-burocrático, a minha relação, assim como [da minha equipe] com as demais equipes é boa e efetiva, reconheço a ação de todos e importância dessa para a efetivação do acesso à saúde. E quando não há ainda uma boa relação procuro buscar afinidades para viabilizar um bom atendimento ao usuário (Profissional 01).

É sinalizada uma fragilidade na instituição que diz respeito à promoção de atividades ou reuniões interdisciplinares, as quais poderiam proporcionar uma relação mais próxima entre as equipes profissionais e maior sincronia entre suas ações. Podendo ser refletido posteriormente na viabilização da atenção à saúde de forma ampliada, reconhecendo, a partir dos conhecimentos de cada área, as múltiplas necessidades que as demandas na saúde apresentam.

Além disso são aspectos de suma importância para a concretização do princípio de integralidade nos serviços da instituição. De acordo com Pinheiro (2009): “a integralidade ganha visibilidade quando se atinge a resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação, utilização de protocolos e reorganização dos serviços” (*online*).

A relação é boa. Mas a equipe que mais tenho contato é [...] porque conseguimos conversar melhor sobre as demandas, as visões conversam. Além de que nós [...] somos meio que independentes na instituição, não dependemos tanto das demais equipes para realizar nossas ações (Profissional 02).

Nessa fala é exposta uma visão diferenciada quando é afirmado que a sua área tem certa independência das demais na instituição. Sobre isso, é sabido que a autonomia profissional é direito respaldado nas leis das várias profissões, mas também que as categorias que trabalham na saúde possuem conhecimentos diversos e limitados,

de modo que para o atendimento integral é elemento base a articulação das diferentes áreas.

É importante ressaltar o que Feuerwerker (2002) aponta: que para o atendimento integral e a atuação interdisciplinar é necessário a ampliação da compreensão e ação do profissional de saúde e o reconhecimento dos limites da atuação uniprofissional. Ou seja, é preciso ir além da análise isolada do/a usuário e ações fragmentadas, de forma que exista uma dependência, que não afete em momento algum a autonomia relativa dos profissionais, mas que garanta a relação necessária entre as diversas profissões em saúde que formam a atuação multiprofissional.

A relação é tranquila. É boa. Espontânea. E a considero indispensável para o bom funcionamento da instituição, dos serviços (Profissional 04).

A fala seguinte expõe um aspecto não evidenciado nas demais: o desconhecimento por alguns profissionais sobre determinada profissão e suas atribuições. Dizendo que:

A relação no geral é boa. Porém, devido ainda ao desconhecimento por muitos profissionais das atribuições da minha profissão aqui na instituição ainda é difícil, você se sente desqualificada, não reconhecida (Profissional 03).

Em relação a isso podemos mencionar questões como na área do serviço social na saúde, que apresenta desafios à categoria. De acordo com o documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na saúde, é corriqueiro ainda nesse espaço requisitar do/a assistente social, frente às condições de trabalho ou por desconhecimento de suas competências e atribuições, ações como: marcação de exames e consultas, solicitação e regulação de ambulâncias, identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar, comunicação de óbitos, entre outras (CFESS, 2010).

O que acarreta por vezes na dificuldade do/a profissional de desenvolver suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde, podendo ser determinadas por pressões com relações às demandas, que por vezes na saúde requerem intervenção imediata; como também por questões de precariedade nas condições de trabalho, as quais podem estar submetidos todos/as os/as profissionais da área (idem).

No entanto, as dificuldades no reconhecimento de atribuições e competências profissionais podem impulsionar debates, conversas e reuniões entre os

diversos profissionais da saúde a fim de esclarecer ações, estabelecer planos e rotinas para o trabalho.

Abaixo são apresentadas as opiniões dos/as profissionais sobre as dificuldades para a efetivação da saúde como direito, em que são apontados aspectos diversos referentes à política de saúde como um todo principalmente sobre a questão dos recursos no Sistema Único de Saúde.

Sim. O direcionamento adequado e efetivo de recursos para a saúde dentro da própria instituição. Não é que não tenhamos recursos ou também que esses sejam excessivos, mas há uma destinação não apropriada desses recursos. (Profissional 01).

Sim. No acesso dentro da saúde mesmo, aos medicamentos, aos exames. Os recursos para o SUS são poucos (Profissional 04).

Sim. A falta de recursos materiais e também os recursos humanos. Que aqui na instituição não há incentivo e capacitação dos profissionais, é inexistente isso. São falhas grandes do SUS (Profissional 05).

Os cortes e a diminuição nos recursos para o setor saúde podem ser comprovados mediante dados da ANFIP, nas despesas entre os anos 2014 e 2015 apresentando redução nos valores. Em que nesse primeiro ano o investimento é de R\$ 5.379,5 milhões e em 2015 o valor cai para R\$ 3.434,9 milhões, ocorrendo diminuição de 36,1% nos gastos gerais com saúde (ANFIP, 2016)³². Como também no ano de 2016 em relação ao gasto *per capita* na área, verifica-se que os valores caíram. Pois, conforme dado da ANFIP (2017), no ano de 2016, com R\$ 526 milhões, foram menores do que os resultados de 2011 a 2015.

Tal tendência, de diminuição nos gastos sociais como saúde, tem sido propagada por anos como forma de estratégia para reduzir despesas estatais ditas excessivas pelos defensores das contrarreformas. De modo que essas medidas penalizam àqueles que dependem exclusivamente da saúde pública e demais serviços estatais.

Outra fala que toca num ponto diferente e não apresentado pelas demais é:

Muitas. Os gargalos do SUS. Especialmente o fato do sistema ser gerido por teóricos, intelectuais que desconhecem a prática e o dia a dia do sistema, e aí não adiante estar escrito que tal setor é para atender de tal forma com tais procedimentos, se não há condições para isso. Há muita teoria e na prática a teoria é outra (Profissional 06).

Diferentemente das demais falas essa aponta para a divergência percebida entre teoria e prática na saúde, afirmando a diferença entre ambas. No sentido de que

³² Tabela 25: Evolução das despesas do Ministério da Saúde, com ações e serviços de saúde pública; 2005, 2008, 2010 E 2012 a 2015.

houve uma ampliação dos direitos, dos serviços e ações em saúde no âmbito normativo, porém a sua efetivação continua precária, sucateada etc. Essa perspectiva pode ser refletida a partir do que Guerra (2013) afirma como a fratura entre o Brasil legal e formal e o paradoxo entre os direitos no âmbito jurídico e a realidade concreta.

De forma que esse paradoxo não é nada mais do que “a ponta do iceberg”, uma vez que a questão de fundo está na contradição central da sociedade burguesa, na produção da incompatibilidade entre capitalismo e igualdade ou direitos sociais. Pois, o neoliberalismo acompanhado de suas políticas de ajustes econômicos é incompatível com a universalidade, a qualidade e garantias das políticas sociais asseguradas na Constituição Federal (GUERRA, 2013).

A seguir é apresentado sobre o trabalho na esfera privada, colocado pelos/as profissionais da pesquisa que nessa atuam, primeiro comparando os serviços com a esfera pública e depois elucidando sobre relações e condições de trabalho na esfera privada.

Lembrando que, conforme o perfil biográfico, 03 profissionais trabalham também na esfera privada, sendo que dois são na área da saúde e uma na educação. Dessa forma, sobre a avaliação dos serviços de saúde de forma comparativa entre as esferas pública e privada de saúde, as falas trazem que:

A nível comparativo considero a rede pública inferior justamente pelos motivos dos recursos para o SUS, a falta de infraestrutura, de medicação etc (Profissional 04).

São diferentes, mas nas duas existem dificuldades. O SUS criou uma medicina paralela em que há em um extremo um sistema universal, igual, que assegura o direito à saúde para todos, com condições dignas, etc. Em outro extremo a saúde privada, que por falta desses aspectos, provê exames, procedimentos, medicamentos, porém apenas àqueles que podem pagar por isso. E no meio a junção dos dois formando uma saúde equilibrada que deveria vigorar, mas não vigora, fica sempre ou no extremo do que deveria ser, ou corre para a iniciativa privada. (Profissional 06).

As falas trazem aspectos diferentes, numa a rede pública é colocada como inferior à privada mediante os aspectos da falta de estrutura e medicação percebidos no SUS; na outra, há o reconhecimento de dificuldades em ambas as esferas, porém, cada uma com suas particularidades.

Sobre a fala que expõe a inferioridade da saúde pública em relação à privada, considerando a ênfase no projeto privatista de saúde, conforme Bravo (2013), opiniões que se referem à saúde privada como melhor podem ser justificadas pelo

processo de desmonte dos direitos sociais e da esfera pública e conseqüentemente o desenvolvimento da iniciativa privada como solução para a ineficácia do Estado.

Na outra fala, temos aspectos importantes a serem ressaltados, referindo-se aos modelos de saúde criados no Brasil, como o Sistema Único de Saúde e o Sistema Privado de Planos e Seguros, apontando para a criação destes pela Gestão do SUS.

De fato, como afirma Bahia (2008), o SUS enquanto conjunto de instituições, normas e convenções:

contabiliza em sua rede de serviços estabelecimentos particulares e privados contratados e estabelecimentos públicos vinculados com empresas privadas de planos e seguros de saúde. Ambas as alternativas de articulação entre público e privado derivam de arranjos políticos-jurídicos pretéritos à Constituição de 1988, que foram preservados, ampliados e modernizados ao longo da implementação do SUS (p. 127).

Tem-se assistido além da preservação de estratégias que articulam as esferas pública e privada de saúde, o favorecimento desta última como saída para a ineficiência do Estado face à saúde pública. Pois, de acordo com Sousa (2014), na sociedade capitalista os direitos não excluem a perspectiva do mercado na forma de saúde suplementar, destinada a quem pode pagar, constituindo-se em estratégia de privatização e sendo gestadas propostas de popularização de planos privados, configurando-se numa ofensiva à universalidade.

Destarte, numa sociedade permeada por um Estado que atende aos interesses do capital e que cada vez mais se desreponsabiliza da esfera social, a conjuntura é propícia ao desenvolvimento de tal modelo de saúde. O qual tem concorrido com o SUS e ganhado ênfase como solução ou saída para as dificuldades desse primeiro.

Sobre as relações e condições de trabalho na instituição que trabalha, a seguinte fala expõe como melhores as condições (em relação à pública), devido a aspectos como facilidade e maior acesso aos recursos e a infraestrutura também, que tornam o trabalho melhor:

São melhores, há maior acesso e facilidade dos recursos, a infraestrutura também é melhor. E acaba que o trabalho se torna melhor (Profissional 04).

No entanto podemos nos perguntar: Melhor e com maior acesso e facilidade para quem? Para todos/as aqueles/as que buscam esses serviços ou para aqueles que podem pagar cada vez mais por eles? Outra fala sobre essa questão, diferente dessa acima, foi:

São tão ruins quanto no SUS, com problemas diferentes. Aqui existe a ausência de medicamentos, os limites disso para o atendimento, para o

recuperação do paciente, o que dificulta bastante o trabalho. Na rede privada, embora a infraestrutura seja melhor para o profissional, existe a questão de que o acesso está sempre condicionado ao pagamento formando a hierarquia dos serviços, quanto melhor o plano de saúde mais serviços o paciente acessa. Isso não é um facilitador, pois nem todos acessam grandes planos. É difícil também o trabalho lá (Profissional 06).

A hierarquização no acesso aos serviços de saúde privado é apontado como aspecto que dificulta o trabalho do profissional. Há o reconhecimento, diferente da fala anterior, de que existem sim dificuldades nessa esfera. De acordo com Bahia (2017), a ideia que qualidade e excelência estão nesse setor e tudo que é de ruim está no setor público não se verifica na prática, pois, temos partes dessa rede que são péssimas. É expressa nessa fala a desmistificação da melhor qualidade conferida à esfera privada de saúde, nos discursos, propagados pela ideologia neoliberal, de que o público não presta e o que é pago é melhor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto pode ser constatado, em relação aos/as usuários/as, que suas concepções sobre saúde expressam múltiplas visões, dimensões e opiniões. Com respostas subjetivas são apresentados aspectos relacionados ao bem estar físico e psicológico, os quais são inteiramente ligados ao conceito de saúde que envolve diversas áreas da vida em sociedade.

Suas compreensões de saúde como direito social são baseadas em suas vivências, no seu cotidiano e no contexto social em que estes/as estão inseridos. Expressando opiniões de forma diferenciada, considerando as particularidades, como o modo de vida, a cultura e as relações sociais, aspectos intrínsecos à saúde e que formam o entendimento e opinião de cada sujeito.

As falas sobre a avaliação da política de saúde na instituição, por sua vez, consideram o que eles/as tiveram acesso e também o que não tiveram, tocando principalmente no atendimento recebido, considerado de qualidade, no respeito, cuidado e tratamento de qualidade pelos/as profissionais, aspectos que denotam o atendimento baseado em princípios básico do SUS.

Na identificação das principais dificuldades encontradas pelos/as usuários/as na política de saúde, objetivo desse trabalho, as falas apontam para algumas reivindicações no tocante à estrutura das enfermarias, a falta de alguns exames em que é preciso recorrer à esfera privada, a ausência de lençóis, cadeiras e medicações, aspectos vivenciados pelo sucateamento da saúde e o processo de precarização da política, frente à ausência estatal na esfera social e conseqüentemente seu favorecimento à iniciativa privada.

Conforme alguns autores discutem, a pesquisa confirma o desconhecimento dos/as usuários/as da Carta de seus direitos no SUS. Apenas uma usuária conhecia e havia tido acesso a esse documento na Unidade Básica de Saúde. Ganha espaço, nesse contexto, a indagação feita por Berclaz (2015) sobre qual tem sido o trabalho do conjunto de órgãos como Conselhos de Saúde, Ministério Público, Defensoria Pública, poder judiciário e universidades na divulgação desse importante documento, face ao desconhecimento comprovado de seu público alvo.

Em relação aos/as profissionais, suas concepções de saúde são amplas, em sua maioria estão de acordo com o conceito apresentado pela Organização Mundial de Saúde, enfocando as várias dimensões interligadas a essa. Em relação ao seu reconhecimento como direito social, as respostas são todas afirmativas e justificadas, principalmente pelo respaldo nas leis que a regulamentam.

Tendo como objetivo geral a análise das concepções de usuários/as e profissionais sobre a efetivação da saúde numa perspectiva de direito social no de forma a compreendê-la para além da concepção de saúde-doença, os dois grupos apresentam percepções que ultrapassam essa visão dual e exclusivamente biológica da saúde.

Embora na maioria das falas tenha o reconhecimento do trabalho multiprofissional como essencial na viabilização da saúde como direito, há uma reivindicação apontada por alguns profissionais que é a ausência na instituição de ações ou reuniões interdisciplinares que visem promover uma relação mais próxima entre as equipes, buscando materializar o princípio de integralidade previsto na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde, de modo a facilitar atendimento integral, o reconhecimento e compreensão do/a usuário/a em sua complexidade, inserido em um contexto social, que justifica a necessidade de atuação de uma equipe diversificada, multiprofissional.

Em relação a como ocorre à viabilização da saúde à luz dos direitos, as falas se respaldam nos princípios norteadores do SUS como na igualdade, no respeito e na qualidade de um atendimento sem discriminação e também em ações e projetos próprios das equipes profissionais.

Porém, algumas falas também expressam a atuação não pautada em instrumentos que visam fortalecer o conhecimento dos/as usuários sobre seus direitos, sobre os serviços que podem acessar, os meios para reclamações, dúvidas e sugestões e também sobre a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Ferindo o princípio de divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, explícito na Lei 8.080/90.

A pesquisa revela ainda a fragilidade na participação política dos/as profissionais nos espaços de controle social da política de saúde, como as Conferências. De modo que apenas dois profissionais já participaram desse evento em algum dos três níveis que ocorre.

Sobre as avaliações relacionadas à esfera pública e à privada, os/as profissionais que trabalhavam nas duas apresentaram visões diferentes. De um lado há o

enaltecimento da saúde privada, com afirmações sobre as melhores condições dos serviços, da estrutura e dos recursos em detrimento do SUS, o que favoreceria o trabalho naquela esfera. Tal visão tem raízes na dicotomia dos dois projetos para a saúde defendidos por Bravo (2013), em que há o fortalecimento do projeto privatista por discursos propagados pela ideologia neoliberal, de maior eficácia dos serviços privados, que ganham êxito face o sucateamento da saúde pública.

E de outro lado há a reflexão de que, assim como no SUS, na esfera privada também existem fatores que dificultam o trabalho, sendo pontuado sobre a hierarquização do acesso aos serviços, de que quem paga mais também acessa mais e melhores serviços. Essa reflexão desmistifica a qualidade excelente conferida à esfera privada de saúde, característica que seus defensores buscam esconder.

Destarte, é certo que embora nem sempre a conjuntura social e política seja favorável, muitas lutas ainda precisam ser travadas para o avanço da saúde como direito e também para resistir aos ataques constantes que visam sua desestruturação. É certo também, que para além disso, usuários/as e profissionais precisam expor cada vez mais aspectos que denotam a precarização e as péssimas condições de trabalho e acesso, buscando fortalecer sua atuação enquanto sujeitos políticos, portadores de opiniões e peças fundamentais na efetivação de qualquer política social, principalmente da saúde, a qual tem sua história fincada nas lutas sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. K; OLIVEIRA, L, A. **AS ORIENTAÇÕES DO BANCO MUNDIAL À POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: Fundamentos, financiamentos e as tendências da contrarreforma na saúde.** Anais da VII Jornada Internacional de Política Públicas. São Luís, 2015.

APERIBENSE, P. G. BARREIRA, I. A. **Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da saúde.** Revista Escola de Enfermagem. USP, vol. 42, n. 3. São Paulo, 2008.

ARAÚJO, I. M. **Direito à saúde: perspectivas do modelo neodesenvolvimentista brasileiro, privatização da saúde e a questão social.** Serviço social em Revista, Londrina, v. 16, n. 2, p. 62-79, 2014.

Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social e Tributário: **Análise da Seguridade Social 2015** - Brasília: ANFIP, 2016. 150 p. Disponível em: https://www.anfip.org.br/doc/publicacoes/20161013104353_Analise-da-Seguridade-Social-2015_13-10-2016_Analise-Seguridade-2015.pdf Acesso em: 14/11/2017.

Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil e Fundação ANFIP de Estudos da Seguridade Social e Tributário: **Análise da Seguridade Social 2016** - Brasília: ANFIP, 2017. Disponível em: <http://fundacaoanfip.org.br/site/wp-content/uploads/2017/10/An%C3%A1lise-da-Seguridade-Social-em-2016.pdf> Acesso em: 12/01/2018.

BAHIA, L. A **Dérmache do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em tempos de Democracia e Ajuste Fiscal.** In: **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.

BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** – 2. ed. – São Paulo, Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** 3. ed.- São Paulo: Cortez, 2007.

BERCLAZ, M. S. **Quem conhece a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde?”** Disponível em: <http://justificando.cartacapital.com.br/2015/04/20/quem-conhece-a-carta-dos-direitos-dos-usuarios-da-saude/> Acesso em: 10/01/2018.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil.** – 4ª ed. – São Paulo: Ática, 2006.

BERTUCCI, J. L. O. **Metodologia básica para elaboração de trabalhos de conclusão de cursos (TCC): ênfase na elaboração de pós-graduação Lato Sensu.** – 1. rd. – 6. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2014.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social.** Revista Katálysis, Florianópolis, v. 10, p. 46-54, 2007.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado; 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** – Brasília: CONASS, 2003.

_____. Lei 8.080. **Lei Orgânica de Saúde.** Brasília, DF: Senado; 1990.

_____. **Lei Nº. 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990.

_____. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da Saúde. – 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

- _____. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. 1. ed. Brasília, 2013.
- _____. **Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, p. 88-110, 2009.
- _____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas e Práticas Profissionais**. - 4. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.
- _____. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo**. – 1. ed. – São Paulo: Cortez, 2013.
- BUSS, P. M. PELLEGRINI, A. F. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. Revista Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, Rio de Janeiro, 2007.
- CECCIM, R. B. FEUERWERKER, L. C. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 5, Rio de Janeiro, 2004.
- CFESS. **Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Lei nº 8.662 de junho de 1993.
- CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.
- COHN, A. [et. al]. **A saúde como direito e como serviço**. 7. ed. – São Paulo: Cortez, 2015.
- COHN, Amélia. **Caminhos da Reforma Sanitária**. Lua Nova. São Paulo: Cedec, n. 19, 1989.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Assistentes Sociais no Brasil: Elementos para o Estudo do Perfil Profissional. 2005. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf.
- CORREIA, Maria Valéria. et al. **A privatização do sistema único de saúde via a complementaridade do setor privado ao público**. Anais da VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luiz, 2017.
- CORTÊS, S. M. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e Sociedade. In: **Participação, Democracia e Saúde**. Orgs.: Sônia Fleury e Lenaura de Vasconcelos. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- DESLANDES, S. F. MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- Feuerwerker, L. C. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Editora Hucitec/Londrina: Rede Unida/ Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
- GALLEGUILLOS, T. G. OLIVEIRA, M. A. **A institucionalização e desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente as políticas de saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 54, nº 3, Brasília, 2001.
- GERRA, Yolanda. Direitos sociais e Sociedade de Classes: o Discurso do Direito a ter Direitos. In: **Ética e Direitos: ensaios críticos**. Org.: Valeria Forti, Yolanda Guerra. – 4. ed.- Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.
- GUERRA, Yolanda. **INVESTIGAÇÃO SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: novos processos de produção de conhecimento**. XVI Congresso Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social, Santiago-Chile, 1998.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2001.

- IAMAMOTO, M.V; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** – 39. ed. - São Paulo: Cortez, 2013.
- LANZA, L. M. CAMPANUCCI, F. S. BALDOW, L.O. **As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional.** Revista Katálysis, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 212 – 220, 2012.
- LARA, Ricardo. **Pesquisa e Serviço Social:** da concepção burguesa de ciências sociais à perspectiva ontológica. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 10 n. esp., p. 73-82 2007.
- LIMA, J. B; BRAVO, M. I. **A privatização da saúde no município do rio de janeiro: o caso das Organizações Sociais (OSs).** Anais da VII Jornada Internacional de Política Públicas. São Luís, 2015.
- LIMA, A. L. G; PINTO, M. M. **Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 10(3): 1037-51, set.-dez. 2003.
- LOPES, G. C. Mercado de Saúde Complementar Estado do Mato Grosso. In: **projeto sobre saúde suplementar: o desenvolvimento de modelos e garantias assistenciais e os mecanismos de regulação adotados pelas operadoras de planos de saúde da região centro oeste.** Brasília, 2007.
- Krüger. T. R. **SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo.** Revista Katálysis, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218-226, 2014.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa:** planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. – 7. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2013.
- MARTINS, P. C. [et. al]. **De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família.** Revista Ciência & Saúde Coletiva v. 16. n. 3, 2011.
- MATTA, G. C; LIMA, J. C. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.
- MEDEIROS, K. T. Política de Saúde no Brasil: Um balanço histórico. In: **Saúde em Foco: Visibilidades no contexto atual**, p. 13-28, 2010.
- MENDES DE ARAUJO, I. M. Direito à saúde: perspectivas do modelo neodesenvolvimentista brasileiro, privatização da saúde e a questão social. **Serviço Social em Revista**, v. 16, n. 2, 2014.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M. C. Saúde e Doença Como Expressão Cultural. In: **Saúde, Trabalho e Formação Profissional.** Orgs.: Amâncio Filho, Antenor e Moreira, M. Cecilia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- MONTÃO, Carlos; Duriguetto, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social.** 3º ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências Recentes. **Serviço Social e Saude: Formação e Trabalho Profissional**, p. 40–48, 2006.
- NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx.** - 1. ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- Netto, J. P. (1992). **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** São Paulo, SP: Cortez.
- NETTO, José Paulo. **O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

- NEVES, M. E. **Crise do capital e os impactos para as políticas de seguridade social.** In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. 70 anos de Serviço Social na Previdência Social. Anais do II Seminário Nacional de Serviço Social na Previdência Social, Brasília: CFESS, 2015.
- OLIVEIRA, G. A. **A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares).** Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/ Faculdade de Filosofia/ Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Porto Alegre, 2014.
- PAIM, J. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008.
- PESSANHA, E. G. ARTUR, K. **Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre os trabalhadores da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, nº 18, p. 1569-1580, 2013.
- PINHEIRO, R. **Integralidade em Saúde.** Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html> Acesso em: 12/02/2018.
- RACIHELIS, Raquel. **A questão do neodesenvolvimentismo e as políticas públicas.** Revista Serviço Social e Sociedade, n. 119, São Paulo, p. 583-591, 2014.
- REIS, D. O; ARAÚJO, E. C; CECÍLIO, L, C. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.** Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf Acesso em: 09 de janeiro de 2018.
- SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”: particularidades no Brasil.** – São Paulo: Cortez, 2012. (Coleção biblioteca básica de serviço social; v.6).
- SANTOS, N. R. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, Rio de Janeiro, 2007.
- SANTOS, S. B. BARROS, M. E. **O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção.** Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, Brasília, 2012.
- SETUBAL, Aglair Alencar. **Desafios à pesquisa no Serviço Social: da formação acadêmica à prática profissional.** Revista Katálysis, Florianópolis, v. 10 n. esp., p. 64-72, 2007.
- SILVA, A. X. **A reforma sanitária brasileira na contemporaneidade: resistência ou consenso.** Revista Katálysis, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 159-166, 2014.
- SILVA, A. X. CRUZ, E. A. MELO, V. **A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social.** Revista Ciência e Saúde Coletiva v. 12, n. 03, Rio de Janeiro, 2007.
- SILVA, M. L. **Previdência social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização.** – São Paulo: Cortez, 2012.
- SILVA, Maria Ozanira da Silva; YASBEK. Maria Carmelita; GIOVANNI, Geraldo di. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- SOBTTKA, E. A. **Colaboração multiprofissional ou prerrogativas exclusivas? Tensões entre ideias e cotidiano profissional.** Civitas, v.13, n. 3, p. 512-535, Porto Alegre, 2013.
- SODRE, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos.** Revista Serviço Social e Sociedade, n. 103, p. 453-475, 2010.

VASCONCELOS, A. M, et, al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: **Saúde e Serviço Social**. Org.: Bravo, M. [et, al] – 5. ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

Veloso, F. A. VILLELA, A. GIAMBIAGI, F. **Determinantes do "milagre" econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica**. Revista Brasileira de Economia. vol.62, n°.2, Rio de Janeiro, 2008.

YAMAMOTO, O. H. **Políticas Sociais, “terceiro setor” e o “compromisso social”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo**. Revista Psicologia e Sociedade, v. 19, nº 1, Porto Alegre, 2007.

Sites:

www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/informe-abrasco-cebes-e-idec-sobre-possiveis-alteracoes-na-lei-dos-planos-de-saude/31004/

www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/conselho-nacional-de-saude-entrevista-ligia-bahia/31900/

<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/981>

<http://www.cress-mg.org.br/Imprimir/bb37b845-b806-4255-a590-c44f62f41be9>

<http://www.cress-mg.org.br/Conteudo/b1ffbafa-42c2-4efd-89e2-45ca07628220/Manifesta%C3%A7%C3%A3o-contra-o-Ato-M%C3%A9dico-re%C3%BAne-profissionais-e-estudantes-em-Bras%C3%ADlia>

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35859>

www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/plano-salte

<https://pensesus.fiocruz.br/financiamento>

www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl4682.htm

<http://portalhrc.blogspot.com.br/p/historia.html>

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

APÊNDICES
APÊNDICE - A



CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____

concordo em participar, como voluntário, da pesquisa que tem como pesquisadora responsável a aluna de graduação **Sayonara Maria Souza Pereira** do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Sousa/PB.

Tenho ciência de que o estudo tem em vista ser realizado com usuários/as (pacientes) do Hospital Regional de Cajazeiras/PB e alguns/as profissionais da mesma instituição, objetivando, por parte da referida aluna a realização de uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso intitulada “**Concepções de saúde numa perspectiva dos direitos para usuários/as e profissionais do Hospital Regional de Cajazeiras-PB**”, sob orientação do professor **Me. André de Menezes Gonçalves**.

Minha participação consistirá em conceder informações numa entrevista de acordo com um **formulário** de perguntas sobre o tema, aplicado pela aluna responsável, podendo, mediante minha permissão, ser gravada, ou não. Entendo que esse estudo possui finalidade de pesquisa acadêmica, que os dados obtidos serão analisados e apresentados na pesquisa mediante a minha autorização nesse termo. A pesquisadora se compromete em armazená-los sigilosamente e utilizá-los apenas para fins científicos, sendo preservado o anonimato dos/as participantes, por meio do uso de pseudônimos ou números para identificação, e o sigilo das informações pessoais, assegurando assim minha privacidade.

Além disso, estou ciente da minha liberdade para desistir da participação na pesquisa quando quiser, retirando meu consentimento a qualquer momento, não

sofrendo nenhum dano por isso. E que também não receberei nenhum pagamento por esta participação.

Será disponibilizada uma cópia desse termo para cada participante, e em caso de alguma dúvida pode-se buscar esclarecimento diretamente com a pesquisadora, com o orientador, ou com a universidade, pelos contatos:

Contatos da Pesquisadora responsável:

E-mail: sayonara.msp@gmail.com

Telefone: (83) 9 91785695

Contatos do Orientador da pesquisa:

E-mail: andre-mg@uol.com.br

Telefone: (85) 9 99299075

Contato Universidade Federal de Campina Grande, Campus Sousa/PB:

Telefone: (83) 3521-3250

Assinatura ou digital do/a voluntário/a

Assinatura da pesquisadora responsável

Cajazeiras, _____ de 2017.

APÊNDICE - B

Formulário para os/as Usuários/as

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Idade: _____

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 16 a 20 anos | <input type="checkbox"/> 41 a 60 anos |
| <input type="checkbox"/> 21 a 30 anos | <input type="checkbox"/> acima de 60 anos |
| <input type="checkbox"/> 31 a 40 anos | |

1.2. Sexo:

- Feminino
- Masculino

1.3. Profissão:

-
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empregado/a Formal | <input type="checkbox"/> Desempregado/a |
| <input type="checkbox"/> Empregado/a Informal | <input type="checkbox"/> Estudante |
| <input type="checkbox"/> Agricultor/a | <input type="checkbox"/> Do lar |

1.4. Escolaridade:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sem escolaridade | <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo | <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto | |

2. SOBRE O INTERNAMENTO

2.1. Por qual motivo você está no hospital? (O que aconteceu com você?)

3. CONCEPÇÕES DE SAÚDE

3.1. Para você o que é saúde?

3.2. Você a compreende como direito social?

3.4. O que você acha da política de saúde nessa instituição?

3.5. Por quais motivos?

3.6. Você conhece a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde?

() Sim

() Não

Se sim, onde teve acesso?

4. PLANOS DE SAÚDE

4.1. Além do SUS você tem acesso à saúde via algum plano privado?

Sim

Não, somente o SUS

Se sim, qual?

4.2. Caso tenha, como você avalia os serviços desse plano privado? Por quê?

5. RELAÇÃO COM PROFISSIONAIS E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS**5.1. Como tem sido a sua relação com os/as profissionais os/as quais atenderam você?**

5.2. Como você avalia os serviços de saúde prestados nessa instituição?

Obs.:

APÊNDICE - C**Formulário para as/os Profissionais****1. IDENTIFICAÇÃO****1.1 Idade:** _____ 21 a 30 anos 51 a 60 anos 31 a 40 anos acima de 60 anos 41 a 50 anos**1.2. Sexo:** Feminino Masculino**1.3. Vínculo empregatício:** Estatutário Celetista**1.4. Trabalha também na rede privada?** Sim Não**2. CONCEPÇÕES DE SAÚDE E VIABILIZAÇÃO DESSE DIREITO****2.1. Para você o que é saúde?**

2.2. Para você saúde é direito social? Por quê?

2.3. Você conhece a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS?

() Sim

() Não

Se sim, a divulga ou busca seguir seus princípios? Dê exemplo de algum princípio seguido na instituição.

2.4. Quais as demais formas de materialização do princípio de divulgação de informações sobre os serviços de saúde, explícito na Lei 8.080/90, além da Carta dos Direitos dos Usuários (caso a conheça e divulgue), você utiliza na instituição para viabilização do direito à saúde?

2.5. Você já participou de alguma Conferência de Saúde?

() Sim

() Não

2.6. Como atua a sua profissão nessa instituição no que diz respeito à viabilização da saúde como direito?

2.7. Como é a sua relação com a equipe multiprofissional na viabilização do direito à saúde, de acordo com o princípio de integralidade explícito na Constituição Federal e na Lei 8.080/90?

2.8. Em sua opinião, existem dificuldades na efetivação da saúde como direito? Quais por exemplo?

3. CASO TRABALHE TAMBÉM NA REDE PRIVADA

3.1. Como você avalia os serviços de saúde de forma comparativa entre a rede pública e privada?

3.2. Como são as relações e condições de trabalho na rede privada?

Obs.:
