



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO - UAD
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

CLAUDIANE ELIAS DINIZ

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE À LUZ DA ACESSIBILIDADE DOS
SERVIÇOS PÚBLICOS E O SERVIÇO SOCIAL**

SOUSA – PB
2014

CLAUDIANE ELIAS DINIZ

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE À LUZ DA ACESSIBILIDADE DOS
SERVIÇOS PÚBLICOS E O SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. **Ms. Eliane Leite Mamede Soares**

Área: Serviço Social

SOUSA – PB

2014

CLAUDIANE ELIAS DINIZ

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE À LUZ DA ACESSIBILIDADE DOS
SERVIÇOS PÚBLICOS E O SERVIÇO SOCIAL**

Data de defesa: _____/_____/_____

Resultado: _____

COMISSÃO EXAMINADORA

**PROF^a. MS. ELIANE LEITE MAMEDE SOARES
ORIENTADORA**

PROF^a. MS. JULIANA E SILVA DE OLIVEIRA

PROF. MS. LUAN GOMES DOS SANTOS DE OLIVEIRA

**SOUSA-PB
2014**

Dedico este trabalho aos meus pais Francisco e Socorro, pelo amor, pela vida, pelos ensinamentos e por acreditarem na minha capacidade vencer.

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença divina em minha vida, sempre me abençoando, protegendo-me, dando-me sabedoria e livrando-me de todos os obstáculos encontrados não somente durante essa caminhada, mas ao longo da vida.

Ao meu pai (in memoriam) pelo exemplo de honestidade.

A minha querida mãe, por nunca ter interferido nas minhas escolhas e por ter me ensinado a ser sempre forte, perseverante e otimista em todos os momentos da vida.

A minha tia Mara (Coca) que desde o primeiro instante me apoiou com palavras de amor, carinho e confiança, acreditando sempre na minha vitória.

Ao meu irmão, sobrinhos, tias (os), primos (as) por estarem do meu lado me incentivando e me dando forças quando precisei.

A professora Eliane Mamede, um exemplo de simplicidade, uma pessoa abençoada por Deus que foi mais do que professora e orientadora, e sim, uma amiga presente em todos os momentos, sempre atenciosa, alegre, confiante e que me ensinou que com fé, paciência e determinação se chega a qualquer lugar, pois o impossível não existe aos olhos de Deus, porém, que é preciso acreditar e agir.

Aos demais professores(as) que fizeram parte do meu processo de formação, serei sempre grata.

Enfim, a todos que de alguma forma estiveram presentes, muito OBRIGADA!

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

RESUMO

DINIZ, Claudiane Elias. **Análise da Política de Saúde à Luz da Acessibilidade dos Serviços Públicos e o Serviço Social**. 2014. Monografia (Serviço Social) – Unidade Acadêmica de Direito, Universidade Federal de Campina Grande, Sousa, 2014. 58 p.

O presente estudo traz a discussão da Política de Saúde, com especial análise à acessibilidade dos serviços públicos. Também trata da atuação do Serviço Social nessa política, levando em consideração que a mesma é considerada um espaço sócio-ocupacional já consolidado pela profissão. Para analisar o princípio da acessibilidade dos serviços públicos de saúde na atualidade realizou-se um estudo qualitativo de natureza bibliográfica, adotando ampla leitura investigativa acerca da literatura específica disponível em livros, periódicos, trabalhos e artigos científicos, entre outras fontes. Recorreu-se ao método dialético-crítico enquanto um procedimento de análise. Após perfazer um estudo sobre a trajetória histórica da Política de Saúde no Brasil e seus principais aspectos e mudanças, com destaque à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, desde então, a universalização do acesso, a integralidade e a territorialização passaram a orientar a política de saúde, destaca-se inúmeras dificuldades na efetivação dos princípios que o constitui, sobretudo o da universalização do acesso. Pois nem todos que necessitam e buscam o atendimento são efetivamente atendidos e quando são o tempo de espera para o atendimento é longo, desrespeitando assim o usuário. No que concerne à relação da Política de Saúde com o Serviço Social verificou-se a importância dessa profissão, tanto no sentido da competência historicamente construída e consolidada em responder as demandas existentes nessa área, como também pelo seu compromisso, atestado no seu projeto ético-político profissional, em contribuir com o acesso aos direitos sociais dos usuários, e dentre eles o direito ao acesso aos serviços públicos de saúde, em quantidade e qualidade.

Palavras-chaves: Acessibilidade dos serviços. Política de Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT

DINIZ, Claudiane Elias. **Análise da Política de Saúde à Luz da Acessibilidade dos Serviços Públicos e o Serviço Social.** 2014. Monografia (Serviço Social) – Unidade Acadêmica de Direito, Universidade Federal de Campina Grande, Sousa, 2014. 58 p.

This study brings the discussion of Health Policy, with special analysis of the accessibility of public services. Also addresses the role of social work in this policy, taking into consideration that it is considered a socio-occupational space already established by the profession. To analyze the principle of accessibility of public health services at present carried out a qualitative study of bibliographic nature adopting broad investigative reading about the specific literature available in books, journals, papers and journal articles, and other sources. Resorted to the dialectical - critical method as a procedure of analysis. After make up a study on the historical trajectory of Health Policy in Brazil and their main features and changes, particularly the implementation of the Unified Health System (SUS), which, since then, universal access, comprehensiveness and territorial started guide health policy, there is numerous difficulties in the realization of the principles that is mainly that of universal access. For not all who need and seek care are effectively met and when the wait time for the call is over, thereby contravening the user. Regarding the relationship with the Health Policy Social Work verified the importance of this profession, both in the sense of competence historically constructed and consolidated in answering the demands existing in this area, but also for their commitment, attested in its ethical-professional politician, in contributing to the access to social rights of the users , and among these the right to access to public health services, in quantity and quality.

Keywords : Accessibility of services. Health Policy. Social Service.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	10
1	BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	12
1.1	A SAÚDE BRASILEIRA DURANTE O PERÍODO PRECEDENTE À INTERVENÇÃO ESTATAL: Práticas filantrópicas e liberais.....	12
1.2	DA INTERVENÇÃO ESTATAL AO REGIME MILITAR: 1930 a 1979.....	13
1.3	O CENÁRIO DA SAÚDE BRASILEIRA NOS ANOS 1980, 1990 AOS DIAS ATUAIS.....	16
2	ACESSIBILIDADE UNIVERSAL NA SAÚDE: Realidade ou utopia?.....	29
3	A RELAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE.....	36
3.1	O SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL....	41
3.2	O SERVIÇO SOCIAL NA DEFESA DO ACESSO UNIVERSAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OUTRAS CONTRIBUIÇÕES.....	43
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50

INTRODUÇÃO

O presente trabalho objetiva refletir a Política de Saúde, com especial análise ao princípio da acessibilidade dos serviços públicos. Também trata da atuação do Serviço Social nessa política, levando em consideração que a mesma é considerada um espaço sócio-ocupacional já consolidado pela profissão.

O interesse pelo tema surgiu durante o período privilegiado do estágio supervisionado, realizado na Otolíngua *Aline Pires Benevides Gadelha*, cuja unidade de saúde é de média complexidade, conveniada ao SUS, com fins a atender usuários que enfrentam dificuldades auditivas. Tais usuários buscam os serviços da Otolíngua para terem acesso ao aparelho auditivo (AASI), sendo um direito conquistado e instituído pela Política Nacional de Saúde Auditiva.

Diante disso, buscou-se pesquisar, a partir das publicações, os motivos que levam o não cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS que dificultam ou impedem a acessibilidade dos usuários aos serviços oferecidos pelo Sistema, bem como analise como o Assistente Social enfrenta essa realidade para garantir que esses direitos sociais sejam efetivados frente às demandas apresentadas no seu cotidiano de trabalho.

Para tanto foi realizada uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa que, segundo Gil (2008) é desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Teve como método de análise o método crítico-dialético, cuja perspectiva fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, uma vez que estabelece que os fatos não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais, etc.

Durante a construção foram utilizados vários autores, dentre eles podemos citar Bravo (2009), Behring e Boschetti (2011), Cohn (2010), Iamamoto (2009), Luz (1991), Matos (2009), Menicucci (2006), Martinelli (2011), Netto (2009), Paim (2005), Teixeira (2009), Vasconcelos (2009), entre outros.

No primeiro capítulo, apresentamos um breve histórico da política de saúde no Brasil ressaltando seus principais aspectos e mudanças desde o século XVIII até

os dias atuais, mostrando as mudanças ocorridas em cada período e ao mesmo tempo discutindo os avanços e os retrocessos. Devido o teor de sua importância foi dada ênfase ao período da Contra-Reforma do Estado, ocorrida nos anos 1990, caracterizado como a era FHC, a qual trouxe impactos significantes para a classe trabalhadora. Nesse espaço também mereceram destaque as ações implantadas no governo Lula e Dilma, não só no que se refere à política de saúde, mas também na maneira em que tais ações ainda trazem rebatimentos na vida da população na atualidade. Também apresentamos a Política de Saúde Auditiva instituída no governo Lula no ano de 2004 e analisa como essa se efetiva através das unidades de atendimento de saúde.

No segundo capítulo refletimos sobre a universalização do acesso enquanto princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como analisamos os impasses para a sua plena efetivação no atendimento às necessidades da população. Decerto, o acesso é considerado um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de saúde, no entanto, é um conceito complexo que varia entre diversos estudiosos, inclusive na sua terminologia. O acesso aos serviços de saúde no Brasil tem sido relatado na literatura como um dos principais problemas relacionados à assistência, daí a importância do seu estudo.

No terceiro capítulo fizemos um resgate sobre a relação entre a Política de Saúde e o Serviço Social, com ênfase na atuação profissional junto às demandas de saúde, ora baseadas nas propostas contidas no Projeto da Reforma Sanitária, ora influenciadas pelo Projeto Privatista de saúde. Também fez parte da discussão o novo papel do assistente social, sob a direção do atual Projeto Ético-Político Profissional, que sugere respostas à população que procura os serviços públicos mediante o cumprimento de princípios ético-políticos emancipatórios.

Desse modo, o presente estudo de caráter teórico pretende analisar o princípio da universalidade em relação ao acesso da população aos serviços públicos de saúde e situar a prática profissional do Assistente Social nessa área, tendo em vista a garantia do acesso universal e igualitário a todo e qualquer pessoa que necessite ser atendido pelos serviços oferecidos pelo SUS.

1 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Para que se entenda a Política de Saúde no Brasil, faz-se necessário conhecer as mudanças que perpassaram a sua história, as quais estão intimamente vinculadas às alterações graduais da relação do Estado com a sociedade. Essa história é marcada por lutas e conquistas, bem como retrocessos, que compreenderam desde o período caracterizado como antecedentes da intervenção estatal até os dias atuais, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 A SAÚDE BRASILEIRA DURANTE O PERÍODO PRECEDENTE À INTERVENÇÃO ESTATAL: **Práticas filantrópicas e liberais**

O período que retrata a não intervenção do Estado no âmbito da saúde brasileira corresponde aos séculos XVIII até o início do século XX. Durante o século XVIII, a saúde pública era bastante precarizada, pois a assistência médica era realizada por instituições filantrópicas (as chamadas, Santas Casas de Misericórdia) e por práticas liberais (aos que podiam pagar). Já no século XIX, devido às mudanças políticas e econômicas, ocorreu no campo da saúde ações voltadas a campanhas limitadas e à vigilância do exercício profissional. As campanhas limitadas eram realizadas através de atribuições sanitárias delegadas às juntas municipais e do controle de navios e saúde dos portos, pois a falta de um modelo sanitário, nessa época, deixava a população sujeita a epidemias.

É somente no século XX que começa a se manifestar as primeiras ações de organização no campo da saúde, é desse período a Reforma Carlos Chagas (1923) e a Lei Eloi Chaves – Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 – considerada o ponto de partida da Previdência Social. A referida Lei instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), vista como a primeira expressão de seguridade social para trabalhadores do setor privado, consistia num contrato obrigatório e contributivo, organizado por empresas no intuito de assegurar a esses trabalhadores e suas famílias, benefícios futuros.

Ressalta-se que os benefícios concedidos eram previstos no valor da contribuição, sendo, portanto, proporcional ao valor fornecido. Através destas, ofertava-se assistência médica-curativa; além do fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral. Bravo (2009, p. 90) explica que os trabalhadores ligados ao setor urbano do complexo exportador foram os que mais batalharam e que primeiro se interessaram pela organização das CAPs em suas empresas, a exemplo dos ferroviários em 1923, dos marítimos e estivadores em 1926, enquanto as demais categorias só conquistaram após 1930.

Como podemos notar, o início do século XX foi palco das emergentes iniciativas de organização da saúde, que serão mais bem desenvolvidas e aprofundadas a partir da década de 1930, em que dará início à intervenção estatal no setor.

1.2 DA INTERVENÇÃO ESTATAL AO REGIME MILITAR: 1930 a 1979

As transformações ocorridas na sociedade brasileira a partir de 1930 são advindas, principalmente, do processo de industrialização e urbanização que se iniciavam no país. Esse processo trouxe consigo uma nova sociedade representada por trabalhadores urbanos e operários que se encontravam em precárias condições de higiene, saúde e habitação. Com efeito, clamavam por novas demandas sociais, dentre elas a questão da Seguridade Social.

A formulação de políticas para o setor da saúde foi feita nesse período, dotadas de um caráter nacional e organizado em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. Num primeiro instante, o subsetor da saúde pública prevaleceu (até 1960) e concentrou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e reduzidas para as do campo. Já a medicina previdenciária teve como alvo a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais substituíram as CAPs. Porém, em virtude de uma redução dos serviços prestados por essa nova modalidade de previdência, o subsetor da medicina previdenciária só ganhou destaque a partir de 1966.

Silva (2009, p. 04) esclarece que os IAPs, funcionavam administrativamente como as CAPs, porém o dinheiro que vinha do financiamento dos empregados e empregadores era investido no financiamento da industrialização. Aqui vale destacar que os IAPs foram criados por Getúlio Vargas e favoreceu a camada de trabalhadores urbanos mais audaciosos em seus sindicatos e indispensáveis para o setor econômico agroexportador que ainda predominava. Para tanto, podemos citar os empregados do comércio, marítimos, ferroviários, estivadores, bancários e funcionários públicos como exemplo dos assalariados beneficiados pelos institutos.

Conforme Luz (1991, p.79), todos esses trabalhadores constituíam pontes, isto é, ligações com o mundo urbano-industrial em ascensão na economia e na sociedade da época. Vale destacar, que a era Vargas foi inteiramente determinada por práticas clientelistas, até mesmo as direções dos IAPs eram representados por patrões e empregados formados sob controle do Estado.

A política de saúde traçada a partir de 1930 permaneceu durante o período de 1945 a 1964. De acordo com Oliveira e Teixeira (1986 *apud* BRAVO e MATOS, 2009), houve um crescimento em relação aos gastos da previdência social com a assistência médico-hospitalar. Nesse momento, a política de saúde teve como particularidades gerais a redução de custos e despesas administrativas, bem como atribuição de melhorias às campanhas sanitárias. Contudo, não foi possível acabar com o quadro de doenças infecciosas e parasitárias que se apresentava na época (doença de Chagas, esquistossomose, malária, tuberculose, etc.), o que só elevou as taxas de morbidade e o índice de mortalidade infantil, como também a mortalidade de um modo geral.

Diante da ineficiência dos serviços de saúde, há nesse período uma grande revolta por parte da população. No início dos anos 1960 um movimento social comandado por elites progressistas surge no país reivindicando reformas imediatas, entre elas uma reforma sanitária firme e coerente. Porém, a reação oposta da classe conservadora entra em cena, o que conduziu o país ao regime militar em 1964.

Como explica Indriunas (2008, p. 03), no início do regime militar no Brasil, uma das discussões sobre a saúde pública fundou-se na unificação dos IAPs como forma de tornar o sistema mais abrangente. Em 1966, a Previdência Social e os IAPs são unificados num só instituto: o Instituto Nacional de Previdência Social

(INPS) regido pela CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) que, por sua vez, excluía funcionários públicos, empregados domésticos e trabalhadores rurais.

De acordo com Polignano (2008, p.14), o governo militar procurou primeiramente garantir a todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes os benefícios da previdência social, porém, em 1977 criou o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com fins de estender a cobertura para os trabalhadores urbanos inseridos no mercado de trabalho formal e para parte de trabalhadores rurais.

Durante o período da ditadura militar, a situação da saúde pública piorou significativamente; pois se deu prioridade ao setor privado em agravo ao setor público e como consequência dessas mudanças, houve um crescimento da previdência coerente com a política econômica do momento que defendia um crescimento acelerado com uma alta taxa de produtividade associada a baixos salários para a maioria da classe trabalhadora. Essa política prejudicou grande parte das categorias, mas favoreceu os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores empregados nos setores de ponta da economia. Esse grupo também foi beneficiado por altos salários e incentivos, possibilitando o aumento do consumo desses setores privilegiados, como também a disseminação da ideia do consumo no bloco da sociedade. Dessa forma a saúde passou a ser vista como um bem de consumo, especificamente, um bem de consumo médico, incentivando ainda mais o investimento no setor privado:

No período de 1968 a 1975, generalizou- a demanda social por consultas médicas como respostas às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamento da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e a complementação da política de convênios entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos – já parcos – tradicionalmente destinados aos serviços públicos (LUZ, 1991, p. 82).

Segundo Matos (2009, p. 47) já é na década de 1970 que inicia um movimento fundamental para a saúde no país: o Movimento Sanitário. Este Movimento debatia o sistema de saúde da época e mostrava propostas para a elaboração de um projeto de saúde igualitário, isto é, que se estendesse a toda

população, independentemente de contribuição e, que fosse eficaz no atendimento da população.

No final desse período, por volta dos anos de 1979, a população clamava por mudanças urgentes, pois estava mais que evidente a impossibilidade da permanência do regime militar no cenário político brasileiro. A partir de então, iniciava-se um processo de redemocratização política e social no Brasil.

A reivindicação pela luta cidadã (Gama, 2009, p. 11), se materializou na área da saúde através do ideário do Movimento pela Reforma Sanitária. Os reformistas opunham-se ao regime autoritário e exigiram uma transformação do Sistema de Saúde. Estiveram presentes nesse movimento: professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas, militantes partidários de esquerda e movimentos populares por saúde.

1.3 O CENÁRIO DA SAÚDE BRASILEIRA NOS ANOS 1980, 1990 AOS DIAS ATUAIS

Em meio aos movimentos de redemocratização política e da profunda crise econômica enfrentada pelo país no final da década de 1970, surge nos anos 1980 o Movimento da Reforma Sanitária, um marco importante na história da saúde pública brasileira, representada por vários segmentos da sociedade civil.

Luz (1991, p. 89) aponta que,

[...] a reforma sanitária se tornou um tema original face à história das políticas sociais no Brasil. Neste sentido, ela representou uma exigência de mudança estrutural determinada pelo conjunto da sociedade civil, mais do que uma simples reivindicação de vanguardas políticas. O próprio movimento social a apoiou, e vários atores políticos a consideraram como tema prioritário de discussão das políticas públicas.

Dos representantes da sociedade civil que estiveram presentes na luta pela Reforma Sanitária, podemos citar os movimentos sociais urbanos, profissionais do Centro Brasileiro de Estudantes de Saúde (CEBES), profissionais da saúde, sociedade civil, etc. No debate foram discutidas as condições de vida da população,

a qual reivindicava melhorias, principalmente serviços e ações na área da saúde. Entre as propostas destacam-se: saúde universal como direito social, acesso a esse direito com responsabilidade estatal, reestruturação do setor através da unificação do sistema de saúde, descentralização do processo decisório, financiamento efetivo, democratização do poder local (Conselhos).

Vale ressaltar que, todas as ideias debatidas nesse movimento foram imprescindíveis para a realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em março de 1986 em Brasília/DF. O discurso teve como pontos principais: a saúde como direito próprio à personalidade e a cidadania; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; financiamento setorial, dentre outros. A Assembléia Constituinte foi transformada em um espaço político dividido entre a Associação de Indústrias Farmacêuticas e a Federação Brasileira de Hospitais do setor privado, como oposição e na luta pelo reconhecimento e efetivação dos direitos estavam na plenária as entidades de representação popular, como sindicatos, partidos de esquerda, associações, movimentos sociais e demais órgãos pertencentes ao setor.

Esta Conferência é vista por muitos estudiosos como marco mais importante na trajetória da Política Pública de Saúde no Brasil, pois aprovou grande parte das propostas da Reforma Sanitária, que, posteriormente serviria de base a seus defensores na reformulação da Constituição Federal de 1988.

Dessa forma, no que diz respeito à saúde, a Constituição Federal de 1988 é uma das mais progressistas, pois em conjunto com a Saúde, Previdência e Assistência Social inauguram o conceito de Seguridade Social. Nesta Carta Constitucional, a Saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado; a Previdência Social é para quem contribui; e a Assistência Social para quem dela necessitar. A partir desse momento o conceito de saúde também não mais se resume a ausência de doenças, este passa a relacionar-se com a qualidade de vida dos indivíduos no que diz respeito a seus aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais. (MATOS, 2009, p. 48). É através desse novo conceito que se constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi consolidado a partir dos princípios da Reforma Sanitária: universalidade, equidade, integralidade e participação social. Suas ações passam a ser norteadas pelos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, onde fica esclarecido

que seus serviços deixam de ser centralizados e passam a orientar-se pela descentralização. A partir de então tanto a União, como os Estados e os Municípios passaram a ter obrigações exclusivas referentes à promoção e prevenção da saúde da população. Seus serviços também passam a ser ofertados de forma hierarquizada, divididos em três níveis de atenção: atenção básica (PSF e PACS¹), média complexidade (policlínicas e hospitais que oferecem tratamento especializado) e alta complexidade (procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo). Nesse ínterim, destaca-se a atenção no que se refere a ações do SUS na prevenção e tratamento das DSTs, Câncer, Imunizações (PNI) e Transplantes. Vale salientar que em 2008 o Ministério da Saúde determinou através da Portaria nº 154/08 a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atua de forma integrada a rede de serviços de saúde trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família.

No entanto, Silva (2009) esclarece que,

A Constituição Federal de 1988 não introduziu todas as propostas da Reforma Sanitária, pois o financiamento só foi definido na Lei 8.080 de 1990, não foi definido também em relação aos direitos dos trabalhadores de poderem recusar o trabalho em locais insalubres e o direito de obter informações em relação à toxicidade dos produtos manipulados. (SILVA, 2009, p. 07).

A referida autora completa afirmando que, por mais que a mudança na estrutura jurídica trouxesse um setor público fortalecido e um atendimento universalizado, apresentou pouco resultado na melhoria de vida em relação à saúde da população, pois para isso, era necessária sua realização efetiva. Isso gerou incertezas sobre a implementação da Reforma Sanitária devido à falta de eficiência do setor público, a fragilidade das medidas e resultados insuficientes, o que conduziram a redução do apoio da população no final dos anos 1980.

Diante do exposto, cabe lembrar que o SUS é regulamento por duas leis, a Lei 8.080/90 – que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde; e a Lei 8.142/90 – que estabelece a participação da comunidade na gestão do SUS. Ambas reunidas formam a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), além da Norma Operacional Básica (NOB/96) que passa a definir

¹ Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

estratégias para aprimorar a administração e operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Nos anos 1990, há um novo processo de mudança no Estado brasileiro, induzido pela política neoliberal, conhecido como contra-reforma do Estado, lema que marcou a era Fernando Henrique Cardoso (FHC), mas que já vinha de Collor (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 148), período em que o Brasil consolidou o capitalismo neoliberal marcado por reformas estatais principalmente no âmbito das privatizações e previdência social, o que só vinha a fortalecer o Estado. Propostas essas que apenas visavam o acúmulo de capital e o desmonte do Estado brasileiro baseados em “reformas” ajustadas e benéficas para o mercado e regressas às políticas sociais. Com efeito, os representantes do conservadorismo voltam a atuar no intuito de que a Constituição de 1988 não fosse regimentada, e com isso houvesse a redução dos direitos sociais e trabalhistas até então conquistados.

Segundo as autoras,

A reforma, tal como foi conduzida, acabou tendo um impacto pífio em termos de aumentar a capacidade de implementação eficiente de políticas públicas, [...] isso ocorreu vis-à-vis um crescimento da demanda social, associando o aumento da pobreza, [...] daí decorre o trinômio do neoliberalismo para as políticas sociais – privatização, focalização/seletividade e descentralização (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p. 155).

Especificamente, na saúde, dois projetos políticos colocaram-se em confronto: o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária. O Projeto Privatista visava à fragmentação da saúde, educação e a desarticulação da seguridade social, ou seja, em termos gerais, só teria direito quem fosse contribuinte, como em outras épocas, o que significaria um retrocesso das políticas sociais. O Projeto da Reforma Sanitária debatia propostas como a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, tendendo um profundo reordenamento do setor com um olhar diferente sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo de decisão para as esferas estatal e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local por meio de novas formas de gestão: os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p. 96).

A proposta da Contra-Reforma do Estado baseava-se em colocar o Estado como promotor e regulador, transferindo ao setor privado funções que anteriormente eram suas - funções políticas, sociais e econômicas. A partir de então, o Estado passou a restringir suas obrigações e suas ações passaram-se a se orientar a mercê da privatização e da terceirização. Na saúde, oferecia apenas o mínimo direito de acesso aos que não pudessem pagar cabendo ao setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado. Um projeto de saúde, articulado ao mercado, regulado pela política de ajuste (COSTA, 1997, apud BRAVO, 2009, p.101), que tem como predisposição a contenção de gastos com diminuição da oferta e a descentralização com desobrigação de responsabilidade do poder central. Suas principais propostas baseiam-se em: focalização, privatização, terceirização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços locais e desvinculação de recursos relacionados ao financiamento dos serviços.

Em outras palavras, afirma Menicucci (2006, p. 76),

A proposta de um sistema de saúde igualitário chocou-se com o legado histórico de uma sociedade marcada pela diferenciação e pela segmentação no próprio campo da atenção à saúde, no qual o processo de inclusão se deu pela incorporação de segmentos privilegiados dos trabalhadores assalariados. [...] a reforma foi de inspiração claramente solidarista, mas não pode dizer que esses valores eram generalizados tanto na elite governante como na sociedade organizada. Ao contrário, como herança de políticas anteriores, tinham se desenvolvido práticas e, conseqüentemente, valores pouco solidaristas e não constituíra uma demanda universal entre os segmentos organizados dos trabalhadores.

Com isso tivemos a implementação de uma política de saúde restrita e excludente, focalizada, precária, individualista e fortemente influenciada pelo setor privado. Enfim, “uma política pobre para os pobres”. Nas palavras de Behring (2008, p. 268), o conceito de universalização excludente pode ser confirmado por meio da dualização: de um lado, um sistema pobre para os pobres, de outro, um padrão de qualidade melhor para os que podem pagar. Sem falar que os atendimentos mais sofisticados e de alta complexidade continuam sendo oferecidos pelo setor público e utilizados também pelo setor privado. Já os serviços de média complexidade que requisitam tecnologia de ponta, na maioria das vezes são limitados ao setor privado, o que só dificulta o acesso para maioria da população. Conforme a autora, aqueles que deveriam ser atendidos no setor privado terminam ocupando vagas no setor

público, numa privatização indireta, pois ficam sem cobertura de determinados atendimentos ofertados pelos convênios e planos de saúde.

Nos anos 2000, segundo as análises de Bravo (2009) referindo-se ao governo Lula, a política macroeconômica do governo anterior foi dada continuidade assim como as políticas sociais as quais permaneceram fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. A autora reconhece que houve algumas inovações, como o retorno da concepção de Reforma Sanitária que havia sido abandonada nos anos 1990; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e sua realização em 2003 e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho de Saúde. Contudo, ainda houve aspectos de continuidade, por exemplo, ênfase na focalização, precarização e terceirização de recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, ou seja, permanece a segmentação: Saúde, Previdência Social e Assistência Social.

No âmbito da saúde e especificamente dentro da política de medicamentos, Paim (2005, p. 118) aponta como uma das perspectivas de renovação no governo Lula, a criação da farmácia popular, considera essa ideia como uma proposta de ampliação da assistência farmacêutica e de autossuficiência em medicamentos. Conforme o autor,

O MS iniciou a execução de ações para melhorar a assistência farmacêutica à população [...]. Em relação à política de medicamentos, outras medidas podem ser mencionadas tais como criação da farmácia popular, investimento na produção dos laboratórios oficiais, aumento do repasse para a assistência farmacêutica básica e flexibilidade das patentes dos remédios.

Ainda no âmbito da saúde, no ano de 2004 Lula instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva pela Portaria Nº 2.073/GM em 28 de setembro de 2004. Considerando a Constituição Federal, no capítulo saúde, em seus artigos 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990; a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída pela Portaria nº 1.060/GM, de 5 de junho de 2002; destaca-se a magnitude social da Deficiência Auditiva na população

brasileira e suas consequências, bem como a possibilidade de êxito de intervenção na história natural da deficiência auditiva por meio de ações de promoção e de prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, por intermédio de equipe multiprofissional e interdisciplinar, utilizando-se, para tanto, de métodos e técnicas terapêuticas específicas. Do mesmo modo, destacam-se as condições atuais de acesso da população brasileira aos procedimentos de saúde auditiva, os custos elevados dos procedimentos de reabilitação auditiva, a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que estabeleça uma linha de cuidados integrais e integrados no manejo das principais causas da deficiência auditiva, com vistas a minimizar o dano da deficiência auditiva na população, entre outros.

Diante dessas considerações e de vários artigos, o Ministro da Saúde que atuava na época, Humberto Costa, estabeleceu através dessa Portaria que:

1º - A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva deveria ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando-se as competências das três esferas de governo, ou seja, a União, os Estados e os Municípios (Art. 1º);

2º - A referida Política fosse introduzida em articulação entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretárias Municipais de Saúde (Art. 2º). Cabe ressaltar que, nesse mesmo artigo nos incisos II e III ficam bem esclarecidos que se devem desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida dos indivíduos e coletividades como também organizar uma linha de cuidados integrais, a saber: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, perpassando todos os níveis de atenção, oferecendo assistência multiprofissional e interdisciplinar. Em relação aos custos no inciso VI fica determinado: fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da reabilitação auditiva no Brasil.

Já no Art. 3º é definido que a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser constituída a partir de componentes fundamentais, quais sejam: I - atenção básica, II - média complexidade e III - alta complexidade; e nesse mesmo artigo em seu § 4º profere que a regulação, o controle e a avaliação de ações de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência auditiva serão de competência das três esferas de governo.

Após a determinação dessa portaria houve a implantação de várias Otolínicas em todo o país, uma instituição pública que oferece tratamento para pessoas com patologias otorrinolaringológicas. Essas instituições são formadas por uma equipe profissional multidisciplinar composta por Otorrinolaringologistas, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais e Psicólogos, no intuito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde auditiva dos usuários. Oferecem consultas, entrevista psicossocial, exames de audiometria, videoendoscopia nasal, videolaringoscopia, terapia vocal e psicológica, além da distribuição gratuita de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI) para quem necessita.

Conforme Rosemberger (2011, p. 01),

Parte da população não sabe, mas de acordo com o Ministério da Saúde, o portador de necessidade auditiva tem direito a total assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva existe desde 2004, que prevê o amparo ao portador, que inclui tanto os exames básicos e complexos, quanto à aquisição de aparelhos auditivos totalmente gratuitos. E os planos de saúde, geralmente, não cobrem essa necessidade dos usuários.

As orientações básicas dadas ao paciente para que adquira o aparelho auditivo é que, primeiramente devem procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS), dependendo da necessidade, o clínico geral faz um encaminhamento para uma das unidades que mantêm credenciamento com o município, geralmente Unidades de Média Complexidade e, na unidade indicada será feita uma avaliação, de acordo com o diagnóstico inicia-se então o pedido do AASI. Posteriormente, prepara-se uma documentação (exames, laudos e cópias dos documentos pessoais do paciente) e a mesma é enviada à Secretaria Municipal de Saúde que aprova o pedido. A partir de então o paciente espera aproximadamente três meses para receber o aparelho auditivo e depois da implantação vai permanecer sob acompanhamento médico para melhor adaptação e também para manutenção regular (ROSEMBERGER, 2011, p. 02).

Diante do exposto vê-se a necessidade de abrir um “parêntese” para discutir um pouco a respeito do trabalho nas Unidades de Saúde que oferecem tratamentos auditivos pelo SUS, geralmente denominadas de Otolínicas. Se tudo que determina a Lei fosse colocado em prática teríamos uma saúde de primeiro mundo, o que seria maravilhoso, porém a realidade é bem diferente. Primeiro, para que o paciente

consiga uma consulta nas Unidades Básicas de Saúde (PSF) é uma dificuldade, faltam médicos e outros profissionais e quando têm estipulam regras quanto ao número de atendimentos, além do clientelismo e da morosidade do atendimento; e segundo, quando essas pessoas chegam até as Otolínicas enfrentam novamente os mesmos problemas. Mas, não pára por aí, segundo o que foi possível observar no campo de estágio, depois de serem atendidos nessas unidades (Otolínicas), ou seja, realizada a consulta básica, a maioria é logo encaminhada para fazer o exame audiométrico (o único exame que se consegue fácil e rápido na instituição); caso seja indicado o uso do aparelho auditivo, o fonoaudiólogo já o encaminha ao setor responsável para o pedido: o tão procurado setor do Serviço Social. Nesse setor, o Assistente Social realiza uma entrevista com o usuário e coloca seu nome numa lista de espera (“infinita”) garantindo-lhes que “quando chegar a sua vez” a instituição mantém contato, esse sai satisfeito e cheio de esperanças. Mas, o que acontece depois? Simplesmente essas pessoas “passam anos” esperando pela entrega desses aparelhos que, na verdade, talvez nunca recebam. Muitos por se cansarem de esperar o contato vão até as unidades saber o que está acontecendo, e sempre recebem como resposta “não sabemos quando esses aparelhos irão chegar, já foi feita a licitação, aguardem”. Essa realidade revela o descaso público com o cidadão e um desrespeito ao que está determinado por Lei².

Dando continuidade às ações do governo Lula, que percorreu durante dois mandatos consecutivos (2003-2010), o qual em discurso de suas campanhas, segundo Aguiar (2012, p. 06), prometeu acabar com a fome e a miséria da população brasileira, fomentar o crescimento do país, impedir o aumento das taxas inflacionárias, sancionar reformas constitucionais, diminuir o desemprego e dar incentivo ao primeiro-emprego, etc. Aqui vale expor alguns aspectos políticos e econômicos no cenário de seu governo nesses mandatos: implantou vários programas sociais como: Bolsa Família, PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil), Luz para Todos, EJA (Educação de Jovens e Adultos) e PROUNI (Programa Universidade para Todos), na política externa manteve parcerias comerciais com países emergentes (China, Índia, alguns países da Ásia e da África) e envolvimento em questões internacionais (Palestina, Irã e Haiti).

² Portaria nº 2.073, art. 2º, inciso VI de 28 de setembro de 2004.

Diante do exposto é preciso esclarecer que tais programas sociais, com destaque para o Bolsa Família, segundo Silva (2012, p. 01), nunca retirou a população carente da miséria, pois todo crescimento saudável, seja no setor econômico, social e político advém do trabalho, da perseverança e da disciplina ética e moral, porém o governo usou essa estratégia para fins eleitoreiros. O PROUNI, por sua vez, também é outro programa de cunho ideológico e que levou mais popularidade ao governo Lula oferecendo bolsas de estudo em universidades particulares de forma “seletiva”, transferindo dinheiro público para o setor privado deixando de investir em universidades federais que ora encontram-se sucateadas e cada vez mais reduzidas. Enquanto isso as instituições de ensino superior da rede privada estão se expandindo aceleradamente, seja de ensino presencial ou EAD (Educação a Distância).

A crise política também atingiu o governo desde os primeiros meses de 2005, como o escândalo dos Correios, Mensalão, entre outros, e criou uma tensão interpartidária no Congresso, que ficou explícita nas oitivas das CPIs. Apesar das denúncias de corrupção foi reeleito em 2006 com altos índices de aprovação e expectativa popular, justificadas em parte pelo peso dos programas assistencialistas e lançamento do PAC (Programa de Aceleração do Crescimento), mas que segundo Aguiar (2012) “*não passou de uma jogada de marketing do presidente*”. Possuía uma expectativa de crescimento de 5% ao ano, inviabilizada pela crise econômica mundial; lançou o Pré-Sal; fez um governo mais afastado do partido dos trabalhadores; tentou conciliar alguns programas assistencialistas como o Bolsa Família, com políticas de inclusão social. Em 2010, conseguiu eleger sua sucessora à Presidência da República, a ex-ministra da Casa Civil Dilma Rousseff.

Em relação ao Governo Dilma, no que se refere à política de saúde, podemos analisá-lo como “continuidade do governo anterior”, isto é, uma gestão baseada em programas e políticas focalizadas. Esse retrato ficou claro logo no início de seu mandato, quando a presidenta solicitou ao Ministro da Saúde uma atenção especial a Saúde da Mulher e da Criança, o qual destacava a criação da Rede Cegonha, que garante cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança; além dos programas de prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado a mulheres com câncer de mama e colo uterino. Em 2011 pode-se citar o Programa “Aqui tem

Farmácia Popular” e a implantação de UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) em todo o Brasil, o qual só fortalece o modelo hospitalocêntrico³.

Bravo e Menezes (2011) relatam que apesar de ter sido indicada por Paim (2005) como um aspecto de inovação, a proposta da farmácia popular tem sido objeto de vários debates, pois permite o co-pagamento dos medicamentos. Isso significa que, o Governo paga uma parte dos valores dos medicamentos e os clientes pagam o restante, o que contraria os princípios do SUS. Isso sem falar nas dificuldades para o alcance do atendimento que se expressa na demora, precariedade, seletividade, sucateamento das unidades de saúde, etc., o que só vem comprovar que o SUS que ora temos está bem distante do SUS que queremos, pois os desafios ainda são muitos.

Como afirma Figueiredo (2013, p. 07),

Decerto, os desafios de consolidar os princípios da reforma sanitária, materializados nas leis que institucionalizam o SUS permanecem no atual contexto, uma vez que ataques constantes são efetuados contra a universalização, a integralidade, a intersetorialidade, ao controle social e participação popular e são promovidas ações cada vez mais caminham para a defesa do desmonte do SUS; da precarização do trabalho; da seletividade, desfinanciamento e focalização da política de saúde. Em resumo, a disputa entre o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária é mantida no atual governo.

Dessa forma, fica claro que apesar do SUS se encontrar ancorado na Constituição Federal de 1988 e ter seus princípios dispostos na Lei nº 8.080/90 como também nas Normas Operacionais Básicas, o setor da saúde pública continua sendo fragmentado e fragilizado, onde a falta de acesso e/ou mau atendimento à população é cada vez mais presente e freqüente, revelando um sistema de saúde inoperante e desigual onde os desafios para sua efetivação ainda são constantes.

A ineficácia não está no sistema e sim na falta de harmonia entre a lei e sua operacionalização. Em outros termos, o que está na teoria (lei) não se concretiza na prática.

³ Expressão comumente usada dentro do setor saúde para criticar um modelo de saúde baseado no hospital (nas ações curativas). Um modelo que não leva em consideração a atenção básica, a prevenção (que acontece fora dos hospitais, nas unidades básicas de saúde, na ação dos agentes comunitários de saúde, da equipe de saúde da família, etc.).

Outro aspecto relevante no que concerne o Sistema Único de Saúde que possa ilustrar o descumprimento dos seus princípios, que resulta na geração de mais obstáculos para sua efetivação é que, além possuir um orçamento escasso, os governos desviam seus recursos para pagamento de dívidas e planos privados de saúde (ex: GEAP⁴) para funcionários públicos e obras dos demais setores.

Filgueira (2007) apud Gomes (2011, p. 06) complementa:

Na política de saúde, a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira) – hoje extinta – foi criada com o intuito de subsidiar o financiamento do SUS, no entanto em 1997 – 2006 18% do total de arrecadação foram desviados para o pagamento de juros da dívida pública. Equivale dizer que 33,5 bilhões de reais deixaram de ser investidos no SUS para ser investido na política macroeconômica, com vistas a conseguir superávit primário.

Brito (2010) afirma que por outro lado, mesmo existindo de forma precária e deteriorada é preciso reconhecer que o SUS está presente no dia a dia da população brasileira, apesar de apresentar deficiências. Ele oferece atendimento desde os emergenciais até os mais complexos, e continua sendo a única alternativa da população quando necessitam de tratamento de saúde (principalmente as mais vulneráveis, aquela que não pode pagar os serviços privados de saúde).

Teixeira (2009, p. 472) complementa dizendo que,

O divórcio entre uma classe média alienada da realidade nacional e a população marginalizada da globalização reflete-se, na saúde, na existência de um sistema de seguros privados e um sistema público para os mais pobres, mas ao qual os assegurados recorrem em várias situações.

Na verdade, o SUS possui todo um aparato jurídico-normativo capaz de proporcionar uma saúde de ponta aos cidadãos (SILVA, 2009, p.13), sua consolidação total só não acontece porque além de haver desinteresse da classe política, falta de investimento e desvio de verbas como já comentado outrora, há também a falta de conscientização da população na hora de escolher seus governantes e o total desconhecimento a respeito de seus direitos. A maioria sequer

⁴ O maior plano de saúde oferecido aos servidores públicos das instituições previdenciárias na modalidade de autogestão do país e um dos mais antigos.

sabe da existência ou tem acesso à legislação do SUS, pois mesmo num mundo que se diz “globalizado” e por mais que, para a grande maioria, pareça absurdo, isso ainda se faz presente. Também é preciso que a sociedade se manifeste, seja através de movimentos reivindicativos ou mediante campanhas informativas, etc. O importante é que protestem, reivindiquem seus direitos.

Assim, lutando para que a lei seja efetivada, a população brasileira deve buscar por uma sociedade mais justa e humana, conflitos sempre existirão, porém não se calar diante tantas injustiças e desigualdades é imprescindível, pois as expressões da questão social não podem ser encaradas como algo normal ou natural. As políticas sociais, por sua vez, não devem ser tratadas com tanto desdenho, como evidenciado na atual conjuntura e que só confirma o não exercício da “plena democracia”, algo que se diz ter sido “conquista maior em nosso país”.

2 ACESSIBILIDADE UNIVERSAL NA SAÚDE: Realidade ou utopia?

O acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde compõe os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A característica universal do acesso aos serviços aponta que cabe ao SUS atender toda a população por meio de serviços públicos, seja através de órgãos estatais, ou de instituições particulares conveniadas. Isso quer dizer que todo cidadão independente do nível econômico, gênero ou etnia devem receber atendimento igualitário nos serviços públicos de saúde (PUPO e MONTEIRO, 2008, p.17).

O conceito *acesso* segundo esses autores é central em muitas discussões que tem o intuito de qualificar a organização do serviço de saúde, de forma a contribuir para a adoção de modelos de atenção a saúde que sejam adequados as necessidades da população e às especificidades e características locais. Contudo, a terminologia empregada varia entre os autores. Alguns optam pelo substantivo *acessibilidade* para designar o caráter do que é acessível, outros preferem o termo *acesso* para designar o ingresso e a entrada nos serviços. Outros, ainda, utilizam ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Nesse sentido, entende-se que o princípio da universalidade abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e emite a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população. Com o princípio da universalidade, todas as pessoas passaram a ter direito ao acesso às ações e serviços de saúde, antes limitado aos contribuintes da previdência social ou aos que eram atendidos na rede privada.

Pontes *et al* (2009, p. 505) afirma que a equidade apresenta forte relação com o princípio da universalidade. Dessa forma, é possível perceber que a concretização deste princípio está representada pela promoção do acesso da população a todos os serviços e ações de saúde tanto das instituições de saúde públicas quanto das conveniadas, isso independente da condição social ou do vínculo previdenciário. A autora ressalta que pelo princípio da universalidade, o usuário passa a ter acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim também com aqueles que mantêm

convênios em todos os níveis de assistência, totalmente livre de privilégios ou preconceitos.

Oliveira *et al* (2012, p.115) ressalta que há vários determinantes que influenciam o acesso da população aos serviços de saúde, quais sejam: os obstáculos geográficos (localização), econômicos (escassez de recursos disponíveis na rede de atendimento, como dificuldade de marcar consultas, quantidade de fichas para exames insuficientes) organizacionais (referente ao número insuficiente de recursos humanos, o que leva na maioria das vezes a um longo período de espera por parte dos usuários para serem atendidos) e culturais (adequar normas e técnicas dos serviços de acordo com os hábitos e costumes da população a qual se inserem). Dessa forma, a autora afirma que ao tratar do tema acesso, é preciso olhar além da oferta e organização dos serviços e dos recursos tecnológicos disponíveis, deve-se considerá-lo, também, sob a visão da população e dos trabalhadores de saúde.

Sabemos que mudanças vêm acontecendo na maneira de pensar o acesso aos serviços de saúde, como o modelo tecno-assistencial que reflete o sistema de saúde como uma pirâmide, onde os usuários acessam o sistema em três níveis de complexidade (básica, média e alta) de forma hierarquizada, trazendo consigo na teoria, uma perspectiva racionalizadora, prometendo eficiência na utilização dos recursos, a universalização do acesso e a equidade (FORTES, 2009, p. 06). Se assim fosse, o indivíduo que por exemplo ingressasse no sistema pela “porta de entrada”, isto é, pela atenção básica (PSF), deveria ter acesso a todas as possibilidades de assistência que necessitasse e que o sistema de saúde ofertasse, porém na prática o que acontece é que não existe uma porta de entrada, e sim, que os usuários adentram o sistema onde for possível o atendimento do qual necessitam, ou seja, acessam o sistema por onde for mais fácil e possível.

Diante do exposto, podemos verificar que apesar das normas que regulamentam o nosso sistema de saúde, ainda existem muitos impasses para sua verdadeira efetivação, o que ainda requer um planejamento minucioso, que venha trazer propostas e respostas eficazes para satisfazer as reais necessidades da população, que busca um atendimento mais humanizado e eficiente. Conforme Cecílio (1997) apud Fortes (2009),

Entretanto, muitas são as dificuldades vividas no cotidiano por quem procura os serviços do SUS em relação a esse modelo de atenção piramidal. As pessoas diante suas necessidades acabam acessando o sistema por onde é possível, contrariando qualquer delírio racionalista que os técnicos do setor saúde continuam a defender sob a forma de uma pirâmide de serviços. São frequentes usuários “perdidos” no sistema, pessoas que mesmo consideradas “de risco”, entram e saem repetidas vezes, sem serem “capturadas” pelo sistema, o grande problema da rede é o acesso.

Dessa forma, fica claro que na prática a opção para garantir a universalidade e a equidade no acesso traz consigo a necessidade de organização do sistema de saúde levando em consideração a lógica do que seria mais importante para cada usuário, ou seja, as ações deveriam ser planejadas a partir das necessidades da população.

De acordo com Lima *et al* (2007, p. 13), obter acesso aos serviços é a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando sai em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. Dessa forma, Assis e Jesus (2012, p. 2868) afirmam que na atual conjuntura, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é caracterizada como o primeiro nível de atenção às pessoas que procuram o SUS, porém, observam-se alguns limites do acesso aos serviços básicos como a baixa qualidade de interação entre as equipes da atenção básica, desintegração entre a ESF e os demais níveis de complexidade, pouca competência da APS (Atenção Primária à Saúde) em relações com outros setores da sociedade civil e do governo e a demanda reprimida, isto é, a capacidade do atendimento é inferior a quantidade de recursos disponíveis, falta profissionais e os recursos que venham atender as demandas dos usuários são mal distribuídos.

A acessibilidade no SUS está cada vez mais precária, na ESF, isso fica evidente nas filas de espera para se fazer uma consulta e/ou pedir uma solicitação de exames, principalmente atendimento odontológico, às vezes é preciso o paciente esperar meses para conseguir um atendimento, em outros casos, devido à demora, quando o atendimento é realizado muitos já estão em estado grave e até sem chances de cura. Vale destacar que além da demanda ser maior que a oferta geralmente os atendimentos médicos se dão apenas em um expediente e a quantidade de pessoas a serem atendidas obedecem a um número limitado de “fichas”, motivo pelo qual obriga a maioria sair de suas casas de madrugada ainda

na incerteza se serão ou não atendidos, mas a necessidade não os deixam escolhas.

Dessa forma, afirma Lima *et al* (2007, p. 13):

Alguns usuários consideram que tudo é válido para receber assistência, até de chegar à unidade de madrugada muito antes do horário de abertura do serviço para garantir consulta, dizem que essa situação acontece em todas as unidades de saúde e a consideram como uma característica do sistema público de saúde.

Souza (2008) apud Fortes (2009, p. 20) destaca que a questão da acessibilidade aos serviços de saúde não se dirige a quantidade de “portas de entrada” a qual o sistema dispõe, mas sim, a sua qualidade. Isso significa dizer que não basta aumentar o número de equipes de Saúde da Família, e sim, abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho que venham de encontro com os serviços que realmente a população precisa. A autora ainda cita como fatores geradores de iniquidades no acesso, a visão dos profissionais das unidades de saúde, aponta motivos como desmotivação e descontentamento dos profissionais em relação à falta de uma definição de proposta assistencial diante da impossibilidade de atender todas as demandas e afirma que a falta de definição de um sentido de trabalho, repercute na dificuldade de organizar o processo de trabalho que venha garantir o atendimento as verdadeiras necessidades da população, entendendo as diferenças entre os usuários e os profissionais de saúde, pois a falta de vínculo e responsabilidade com o usuário são geradores de injustiças no acesso aos serviços de saúde.

Destaca-se também que o acesso aos serviços se dá por uma “fila de espera”, nessa ordem operacional, o usuário pode permanecer nessa “fila” até por um ano ou mais tempo. Conforme os autores supracitados é possível que entre os diversos motivos dessa dificuldade esteja à falta de articulação entre o nível de atenção primária e os demais, e que devido a necessidade por esse atendimento especializado, alguns pagam por esses serviços particulares, embora com muito sacrifício.

Isso só vem confirmar que as desigualdades de acesso apresentam-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione verdadeiramente de acordo com os princípios e diretrizes determinados, só obedecendo a esses princípios poderemos ter um sistema de saúde responsável, integral, equânime e de qualidade

Uma pesquisa realizada por Pontes et al. (2009) com usuários de um hospital localizado no Rio de Janeiro, analisou a perspectiva dos usuários sobre o acesso universal aos serviços de saúde no SUS e mostrou as dificuldades enfrentadas para o alcance do atendimento. Diante três subcategorias (excesso de pessoas dificultando o atendimento; deficiência dos serviços do SUS; e conseqüências das dificuldades encontradas pelos usuários no SUS) o autor mostrou a insatisfação dos usuários com relação ao tempo exigido para o acesso aos serviços oferecidos pelo SUS, que se expressa na demora para conseguir atendimentos, na necessidade de buscar atendimentos em serviços distantes da residência, nas dificuldades relacionadas aos recursos humanos e materiais e, ainda, no questionamento da efetividade das ações de referência e de contra-referência desenvolvidas.

A demora é explicada a partir de uma lógica de causalidade, como resultado do excesso de pessoas e de demandas, dificultando o atendimento; na análise das deficiências apresentadas pelos serviços de saúde, os usuários destacaram: a má qualidade geral dos serviços, a falta de resolutividade das ações e a falta de profissionais e de materiais para a efetivação do atendimento (hospitais sucateados faltam médicos, materiais para procedimentos cirúrgicos, etc.); e como conseqüências das dificuldades encontradas, relataram a falta ou dificuldade de acesso aos hospitais públicos, não efetivação dos sistemas de referência e contra-referência e, também, na morte, como conseqüência final dessa impossibilidade de concretizar o atendimento pretendido.

Ainda de acordo com Pontes et al.(2009), a pesquisa abordou vários temas referentes aos serviços oferecidos pelo SUS, como o acesso a medicamentos, exames, fragilidades para a concretização da universalidade, a saúde como direito de todos e dever do estado, entre outros. No entanto, conforme o autor percebeu-se pela fala dos sujeitos que existem também diversas situações que ultrapassam as leis e são responsáveis pela garantia de acesso da população aos serviços e ações

de saúde, sem levar em consideração a igualdade de oportunidades, uma vez que tais situações acabam por privilegiar uns usuários e prejudicar outros. Ou seja, sabemos que ainda se faz presente nesses meios, práticas clientelistas que favorecem o atendimento a algumas pessoas, seja por vínculo familiar, amizade e/ou político, e na maioria das vezes, pessoas que possuem planos privados de saúde e que tem uma vida financeira bem favorável, e que, por mais incrível que pareça preferem procurar o SUS por terem mais facilidade e rapidez no acesso. Aos que vivem em situação de vulnerabilidade restam à paciência, a sorte, a piedade de alguém e a “caridade” como no século XVIII. Afinal, onde está a equidade do SUS?

Interessante também se faz destacar, conforme Cohn et al. (2010, p. 68), o dever do Estado em garantir o acesso da população aos serviços de saúde e das políticas que ele formula para viabilizá-lo. No Brasil, as diferentes formulações de políticas de saúde levando em conta a existência de uma rede de serviços constantemente insuficiente para uma demanda cada vez maior e mais variada vêm mostrando novamente, o critério de acesso como pressuposto da disponibilidade de serviços para suprir o necessário atendimento às populações carentes.

Assim, Assis e Jesus (2012, p. 2866) confirmam que na prática, ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente e que apesar da Carta Constitucional Brasileira de 1988 certificar a saúde enquanto direito universal a ser responsabilizado pelo Estado, no que diz respeito aos avanços conquistados, ainda convivemos com uma realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do exposto, verifica-se que são inúmeros os relatos em relação aos atendimentos precários oferecidos pelo SUS e que ainda há muito a ser trabalhado em termos de acesso para que tenhamos um atendimento qualificado, integral, onde a equidade e a universalidade realmente sejam respeitadas e materializadas, contribuindo para a concretização de um modelo de saúde, que realmente venha atender as demandas dos usuários. Precisa-se, pois, de profissionais qualificados e comprometidos com a justiça social, que tenham conhecimento da legislação do SUS e a ponha em prática de forma legal (como manda a lei). Assim, talvez venha a existir a possibilidade concreta do direito ao acesso universal na saúde, este deixando de ser utopia, e tornando-se realidade.

Na verdade temos um sistema de saúde dotado de propostas revolucionárias em termos de saúde pública, se todos os princípios do SUS fossem implantados na prática, com certeza teríamos o melhor sistema de saúde do mundo, o problema é que as propostas não são executadas. Se todo o dinheiro destinado à saúde fosse aplicado de acordo com as normas, existiria um menor número de pessoas enfrentando dificuldades de acesso e conseqüentemente uma população mais saudável, a questão reside nos desvios dos recursos, o que torna a saúde um dos setores mais atingidos por tais práticas, tornando-se um sistema precário e incapaz de atender a todos que procuram por um atendimento eficaz e igualitário.

De acordo com Mendes e Júnior (2001, p.24), as restrições ao financiamento do SUS têm refletido de maneira significativa sobre a assistência de saúde, essas limitações promovem rompimento do convênio entre hospital privado e SUS; redução de internações ocasionadas por cortes no orçamento em hospital público, etc. Dessa forma, os profissionais falam em falência do sistema, mostrando a visão fatalista de que não existe solução para o problema do financiamento. Segundo os autores, deste modo, os gestores aderem às pressões políticas liberais que insistem na redução de financiamento para a saúde e na adoção de soluções alternativas, estimulando-os a atender pacientes particulares ou que tenham planos de saúde privado pelos serviços públicos, sob a justificativa de um suposto ressarcimento de gastos com o atendimento dos usuários do SUS.

Desse modo, observa-se que:

As relações entre usuários e os serviços de saúde encontram-se comprometidas em decorrência da fragilidade do sistema de saúde; dificuldades de acesso em todos os níveis de atenção; iniquidades geradas pela política de desfinanciamento do setor e, também, praticadas por profissionais de saúde (MENDES; JÚNIOR, 2001, p. 24).

Assim sendo, percebe-se que embora o SUS tenha significado avanços importantes na política de saúde brasileira, ainda muito precisa ser feito. Dessa forma os profissionais da saúde precisam estar cada vez mais comprometidos com as instituições da saúde como direito do cidadão que a procura, e o Estado de promover condições para que tanto os profissionais quanto os estabelecimentos de saúde sejam capazes de proporcionar um atendimento de qualidade à população de forma universal.

3 A RELAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E A POLÍTICA DE SAÚDE

O período que compreende os anos 1930 a 1945 é apontado como a “origem do Serviço Social Brasileiro”, com inspiração europeia. Ressalta-se que a formação profissional do Serviço Social desde seu início já mantinha relação com várias disciplinas no campo da saúde, mas somente a partir de 1945, com o término da Segunda Guerra Mundial e devido à necessidade de aprofundamento do capitalismo no Brasil, é que a profissão se expande. Diante desses aspectos, a atuação do assistente social na saúde também se amplia, sendo considerado o setor que mais concentrou contratação desses profissionais.

Posteriormente, a influência norte-americana na profissão permutou a europeia, pois os assistentes sociais acreditavam que o ensino e a profissão nos Estados Unidos possuíam um nível maior de sistematização (BRAVO; MATOS, 2009), com destaque para as bolsas de estudos aos profissionais brasileiros oferecidas pelo Serviço Social norte-americano.

Em 1948 surgiu um novo conceito para a saúde, sendo agora explicada através de aspectos biopsicossociais⁵. Essa mudança decretou a solicitação de profissionais de outras categorias, dentre elas, o assistente social. A esse profissional foram dadas tarefas educativas em relação aos hábitos de higiene e saúde a população atendida. Nesse período também passam a trabalhar nos hospitais e, entre a instituição e a população se dispõem a viabilizar o acesso de seus usuários aos serviços e benefícios, fazendo uso das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Durante as décadas de 1950 e 1960, a atuação do assistente social na saúde não teve repercussão, suas ações permaneceram concentradas nos ambulatórios e hospitais, foi somente no pós-64 que a profissão passou por grandes mudanças na área da saúde.

Diante do exposto é preciso entender que até os anos 1960 o trabalho do assistente social não apresentava nenhuma ameaça ao grupo do poder

⁵ Perspectiva que proporciona uma visão integral do ser e do adoecer, compreendendo os fatores físicos, psicológicos e sociais. Antes desse período, os dois últimos fatores ainda eram ignorados para explicar o processo saúde-doença.

conservador⁶, contudo, nesse período já havia vários profissionais com ideias políticas e sociais avançadas que debatiam o destino do Serviço Social, porém não tiveram êxito. Assim sendo, apesar de várias discussões onde se questionava o conservadorismo na profissão, o golpe militar de 1964 veio a por um fim nesse debate crítico, paralisando os personagens engajados nesse movimento político e social, que almejavam um país democrático.

O regime ditatorial na sua perspectiva modernizadora, através do CBCISS (Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais), exigiu dos assistentes sociais uma atuação que viesse adaptar a profissão às normas requisitadas pelo sistema vigente, ou seja, a esse profissional não era dado autonomia para intervir de acordo com os princípios de priorização do direito dos usuários, mas sim, ajustando-os aos requisitos exigidos à conjuntura da época.

Entretanto, Bravo e Matos (2009) explicita que,

A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão das classes trabalhadoras efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática.

No decorrer dos anos 1970, no universo do Serviço Social já existia uma categoria de profissionais organizados e novos caminhos para a profissão também surgiram, mediante o processo de modificação, principalmente no que tange o Movimento de Reconceituação, onde se tem a vertente modernizadora que incorpora o funcionalismo, a abordagem estruturalista e sistêmica (NETTO, *apud* YAZBEK, 2009). Também se presencia o início da aproximação com a vertente marxista, caracterizando a aproximação de um viés crítico, mas com uma aproximação do dito marxismo sem Marx.

Já os anos 1980, no Brasil, conforme Bravo e Matos (2009, p. 32) foi uma época de grande movimentação política e ao mesmo tempo de aprofundamento da crise econômica que se destacou na ditadura militar. Nesse período, houve uma mobilização expressiva na saúde coletiva, que também acontece no Serviço Social,

⁶ O bloco hegemônico dominava tanto o setor produtivo quanto as instituições como, por exemplo, a Associação Brasileira de Assistentes Sociais (ABAS), Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), associações profissionais, sindicatos e o Conselho Federal de Assistentes Sociais.

de ampliação do discurso teórico e da inclusão de algumas temáticas como o Estado, a Sociedade Civil e as Políticas Sociais, baseadas no marxismo⁷.

Na área da saúde, observa-se uma mudança de atitude no Serviço Social, quais sejam: postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 a 1989 e nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela ABESS, ANAS e CFAS para o Serviço Social no INAMPS e, a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde. Contudo, os avanços apontados não são considerados suficientes e o Serviço Social adentra os anos 1990 ainda com uma incipiente modificação da prática institucional.

A partir dos anos 1990, Matos (2009, p. 54) afirma que os assistentes sociais se inseriram nos princípios da Reforma Sanitária, os quais são constituídos na sua maioria pelos princípios do SUS. Porém, podemos perceber que a predominância da tendência marxista no discurso da saúde coletiva perdeu significativo espaço, enquanto que no debate do Serviço Social⁸, ela conquistou a maior parte da categoria. É nessa década que alguns instrumentos ampliam a dimensão jurídico-política do Serviço Social, como o Código de Ética Profissional de 1986, atualizado em 1993; a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº. 8662/93); e as Novas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996. Vale destaque também, que no mesmo período, principalmente na década de 1980, a sociedade brasileira vivia amplo processo de redemocratização, sendo um dos instrumentos a Constituição Federal de 1988, a LOS (Lei Orgânica da Saúde), a LOAS (Lei orgânica da Assistência Social), o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) entre outros mecanismos.

Entretanto, o projeto político neoliberal adentra o contexto brasileiro se confrontando tanto com o projeto da reforma sanitária, quanto com o projeto hegemônico do Serviço Social, o que gerou impossibilidades de se construir e concretizar práticas democráticas, defensivas à universalidade e igualdade no acesso, de um Estado mais participativo que proporcionasse políticas sociais mais justas e coerentes com as reais necessidades da população.

⁷ Teoria onde o interesse primordial dá-se pelo desenvolvimento das classes e pelo seu papel na provocação de mudanças sociais e políticas.

⁸ Projeto ético-político da profissão, tecido desde a década de 1980, que possui uma dimensão política e ética bem definida. Possui direção social anticapitalista construída ao longo de duas décadas (anos 70/80), época em que o Brasil viveu a crise do regime ditatorial e o crescimento dos movimentos sociais.

Em relação aos campos de atuação desses profissionais no âmbito da saúde podemos assinalar que esse atendimento ganha materialidade desde os postos de saúde e centros de saúde até policlínicas, institutos, maternidade e hospitais gerais, tanto de emergência quanto especializados, abrangendo os universitários (os HUs), independente da instância a qual tenha ligação, federal, estadual ou municipal. Atua também em planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social, isto é, nos Conselhos e Conferências (CFESS, 2009).

Ao analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde, particularmente nos anos 1990, Bravo e Matos (2009) identificam alguns desafios que ainda se apresentam na atualidade. Indica como principais dificuldades: a inclusão da agenda ético-política da reforma sanitária; a construção de novos modelos de fazer saúde baseada na integralidade, intersetorialidade e atuação em equipe; o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção; controle social e a anulação dos modelos assistenciais verticais e voltados para a assistência médica. Evidenciam-se como principais diretrizes para a atual gestão: a ampliação do atendimento no SUS (especialmente na atenção básica); o combate às endemias e, a promoção de acesso aos medicamentos.

Dentre outros aspectos, os autores consideram que na atualidade os dois projetos: o da reforma sanitária e o privatista, que permanecem em confronto. O atual governo ora fortalece o primeiro projeto, ora mantém a focalização e o desfinanciamento, características do segundo. O Serviço Social, por sua vez, não passa ao largo desta tensão.

Na saúde, esse embate permanece e,

A crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença na possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação da forma original em Serviço Social como deslança para um tanto exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica (BRAVO; MATOS, 2009, p. 42).

Sobre o último termo assinalado, os autores apresentam três questões: a primeira é a comprovação de que ainda existe na profissão alguns profissionais que a realizarem a formação em saúde pública, passam a não e reconhecer mais

como assistentes sociais, mas como sanitarista; a segunda, na atualidade com mais esforço, é a de recuperar no exercício profissional uma prerrogativa da intervenção no âmbito dos conflitos produzidos de forma subjetiva pelos sujeitos e que tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico e por fim, nota-se passo a passo o discurso da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates destinados à importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diversas áreas de especificação da prática médica. Porém, é preciso explicar que, o problema não está no fato dos Assistentes Sociais buscarem estudos na área da saúde, mas sim, quando este profissional passa a praticar outras atividades – direção de unidades de saúde, gerência dos dados epidemiológicos, etc. – e não mais as reconhece como as de um Assistente Social, o que faz o profissional restabelecer mesmo sem intenção, uma concepção de fazer serviço Social é exercitar somente o conjunto de ações que historicamente lhe é direcionado na divisão do trabalho coletivo em saúde.

Faz-se saber que, o eixo central para o trabalho do Assistente Social na saúde (SILVA, 2009) é a busca da criativa e contínua incorporação dos conhecimentos e das novas exigências, articulados as proposições do projeto ético-político e da reforma sanitária. Deve se articular aos demais profissionais da saúde, atuando com uma equipe multiprofissional e interprofissional para que juntamente possam defender o SUS criando estratégias para estabilizar os direitos à saúde. Porém Vasconcelos (2002) apud Cerqueira (2003 p. 80) aponta que a dificuldade de articular o fazer profissional ao projeto hegemônico na categoria explica-se pelo fato dos profissionais ainda reforçarem os objetivos da instituição em detrimento aos do projeto ético-político profissional, pois os dados obtidos em uma pesquisa realizada em um hospital do Rio de Janeiro revelaram que os assistentes sociais realizam suas atividades basicamente através do plantão do Serviço Social.

Dessa forma,

Os assistentes sociais diante dessas demandas realizam encaminhamentos internos e externos e orientações diversas, mas acabam não identificando as demandas implícitas que estão além da mera reprodução institucional, ou seja, ao invés de se obter dados para criar e fortalecer estratégias e alternativas que atendam aos interesses dos usuários, os profissionais restringem-se às demandas institucionais, contribuindo para excluir,

estigmatizar, rotular mais do que os critérios seletivos e focalistas da política de saúde (VASCONCELOS, 2002 apud CERQUEIRA, 2003, p. 81).

Portanto, está mais do que claro que, para sabermos se o assistente social que trabalha na área da saúde está ou não realmente dando respostas positivas às necessidades apresentadas pelos usuários de seus serviços, este profissional precisa ter como norte único e exclusivamente os dois projetos: o da reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social. Apesar dos obstáculos que como em qualquer profissão se faz presente, seguindo nesta direção, seu trabalho além de revelar resultados satisfatórios, estará simultaneamente concretizando direitos a uma população sofrida, adquiridos através de muita luta e de longos tempos, o direito universal à saúde.

3.1 O SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL

O Serviço Social é uma profissão que cuja característica é a luta intransigente em defesa dos direitos humanos (CUNHA, 2010, p. 36), recusa o arbítrio e o despotismo, seu objetivo é a garantia e efetivação dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras, categoria tratada de forma desigual e excludente. Para tanto, em cada ato profissional são aplicados conhecimentos e práticas que, diante várias formas de intervenção e do uso adequado de instrumentos de trabalho, buscam atingir os resultados estabelecidos. Sua matéria-prima de trabalho são as múltiplas expressões da questão social. Questão social compreendida,

Enquanto o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2009, p.176).

Dessa forma, os assistentes sociais, através da prestação de serviços sócio-assistenciais nas instituições públicas e privadas, intervêm nas relações sociais diárias prestando atendimento às mais variadas expressões da questão social

apresentadas pelos indivíduos sociais no trabalho, na família, na luta pela terra e pela moradia, na educação, na saúde, etc.

Porém, ressalta-se que, cada um desses momentos é repleto de determinações políticas, econômicas, históricas e culturais que permanecem no atendimento procurado e nas respostas concedidas, pautadas sempre em valores éticos que justificam a prática do Serviço Social, fundado no Projeto Ético-Político profissional, expresso no Código de Ética, aprovado pela resolução do CFESS n. 273/93, com alterações posteriores, e da Lei n. 8.662 e junho de 1993, que regulamenta o exercício profissional (MARTINELLI, 2011, p.498), qualquer ação realizada pelos profissionais do Serviço Social, seja na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional devem ser orientadas por essas normas e respeitadas tanto pelos profissionais quanto pelas instituições que os empregam.

Conforme Costa (2003) nosso projeto ético-político é um demonstrativo de uma categoria comprometida com a igualdade, com a justiça social, com a universalização do acesso a bens e serviços relativos às políticas sociais. Uma camada de profissionais compromissada com a defesa dos direitos humanos, e com a defesa da esfera pública, dentre seus 11 princípios podemos destacar: Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Posicionamento em favor da equidade e da justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem deste código e com a luta geral dos trabalhadores; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

De acordo com Netto (2009, p. 155), o projeto implica o compromisso com a competência. Competência essa, que só pode ter como base o aperfeiçoamento intelectual do assistente social, ou seja, um aprimoramento do conhecimento. Segundo o autor, daí a ostentação numa formação acadêmica de qualidade construída sob conceitos teórico-metodológicos críticos e sólidos, capazes de proporcionar uma compreensão concreta da realidade social. Pois, em especial, o projeto privilegia uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos

assistentes sociais, seu elemento principal é o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, incluindo recursos institucionais públicos, ferramenta indispensável para popularizar, universalizar e principalmente, abrir as determinações institucionais à participação dos usuários.

Consoante o autor,

Enfim, o projeto assinala claramente que o desempenho ético-político dos assistentes sociais só se potencializará se o corpo profissional articular-se com os segmentos de outras categorias profissionais que compartilham de propostas similares e, notadamente, com os movimentos que se solidarizam com a luta geral dos trabalhadores (NETTO, 2009, p. 156).

Assim, é preciso entender que, quer seja na saúde ou em qualquer outra área de atuação, o assistente social só verá a materialização concreta de seu projeto ético-político, unindo-se a outras camadas profissionais que partilham de opiniões do mesmo teor e, especialmente, que apoiam os movimentos sociais e a luta dos trabalhadores. Dessa forma, será possível, um dia quem sabe, ver essa classe da sociedade comemorar sua tão almejada emancipação articulada à efetivação de seus direitos, os quais são inerentes a pessoa humana, os direitos sociais.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL NA DEFESA DO ACESSO UNIVERSAL AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E OUTRAS CONTRIBUIÇÕES

Conforme Vasconcelos (2009), os assistentes sociais atuam junto a sujeitos sociais que carregam na sua história de vida, as dimensões universais e particulares da questão social. Questão social das quais expressões históricas e atuais simboliza a provocação das desigualdades sociais e da pobreza na sociedade capitalista. Nesse sentido, busca-se um profissional com capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que facilite ao assistente social o conhecimento crítico dos processos sociais numa visão de totalidade, compreendendo o significado social da profissão revelando as possibilidades de ação contidas na realidade e identificando as demandas que estão postas na sociedade, tendo em vista respostas

profissionais para o enfrentamento da questão social, observando atentamente as novas articulações entre o público e o privado, afirma a autora. Como já mencionado outrora, é nesse sentido que se busca um profissional que toma como referência para a sua atuação o projeto ético-político.

Dessa forma, explica Vasconcelos (2009, p. 257),

[...] é na contramão da história, em plena hegemonia neoliberal na economia e na política, que se pergunta aos assistentes sociais qual o caráter de uma prática mediada pelo Sistema Único de Saúde e pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social. [...] é no planejamento e na execução de determinadas estratégias e ações que o assistente social vai se formando e se transformando num recurso vivo, cada vez mais qualificado. Vai formando e consolidando a sistematização, a análise, a crítica e a avaliação das ações; vai fortalecendo suas referências, seus valores, seus compromissos, seus objetivos... Ao mesmo tempo, vai assegurando o acesso e a ampliação dos direitos e do controle social.

Assim, para que possam utilizar a vantagem de determinar e privilegiar as demandas dos usuários e, portanto, de organizar e planejar suas ações de modo que venham interferir nos condicionantes sociais do processo saúde/doença na recuperação da saúde enquanto direito social, a prática na saúde, em oposição a uma prática natural (espontânea), requer uma série de exigências, isto é, estratégias e ações importantes que facilitem o acesso aos direitos e colaborem para o exercício do controle social e da organização, diferentes para cada grupo - instituição, espaço do Serviço Social, usuários – de acordo com o momento histórico.

Considera-se que o assistente social na saúde desenvolve suas ações nos seguintes espaços, os quais são complementares e inseparáveis: Assistencial; em Equipe; Socioeducativa; Mobilização, Participação e Controle Social; Investigação, Planejamento e gestão; Assessoria, qualificação e Formação Profissional. Em relação ao SUS compete aos assistentes sociais participar da assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; participar de estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos à saúde no processo de trabalho; tornar público os danos que as tecnologias causam à saúde; informar ao trabalhador, sobre os riscos de acidente de trabalho e doença profissional; entre outros. Cabe ressaltar que na prática, nem sempre é fácil, pois os profissionais assim como trabalhadores estão sujeitos aos riscos de

contraírem doenças, principalmente por doenças infecciosas e parasitárias, dermatites, por contato, enfermidades consequentes de radiações e por gases irrespiráveis, também por vícios ergonômicos (dor nas costas).

No que se refere às contradições criadas pela contra-reforma na saúde, que não executa o que impõe o SUS constitucional, ocasionam no dia a dia de trabalho do profissional diferentes questões de atuação que dificultam o acesso dos seus usuários causados pela demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, foco na assistência médica curativa, questões com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários devido às condições reais de trabalho dos profissionais (baixa remuneração, precarização do trabalho, aumento e variedade de atividades, redução de pessoal e carga horária excessiva). Tais problemas requerem ações assistenciais do profissional e vão surgir no cotidiano dos serviços expressos nas seguintes demandas (CFESS, 2009):

- Buscar soluções quanto ao atendimento, facilitando a marcação de consultas e exames, pedido de internação, alta e transferência;
- Reclamação em relação à qualidade do atendimento e/ou do não atendimento, relacionados à equipe, falta de medicamento, etc.;
- Não entendimento do tratamento indicado.

Diante de outras demandas, as principais ações desenvolvidas pelo assistente social são:

- Prestar orientações individuais e coletivas no que se refere aos direitos sociais dos usuários, democratizando as informações;
- Identificar a situação socioeconômica e familiar visando à construção do perfil socioeconômico para assim possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;
- Realizar abordagem individual e/ou em grupo, cujo objetivo é trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, dos familiares e também dos acompanhantes;
- Criar métodos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como garantir os direitos no âmbito da seguridade social;

- Realizar visitas domiciliares quando necessário, sem invadir a privacidade dos usuários e sempre explicando o motivo das mesmas;
- Fazer visitas institucionais no intuito de conhecer e mobilizar a rede de serviços para a viabilização dos direitos sociais dos usuários;
- Trabalhar com as famílias estimulando seus vínculos e assim tornando-os sujeitos do processo que visa promover, proteger, prevenir e recuperar a saúde;
- Criar protocolos e rotina de ação que facilitem a organização, a normatização e a sistematização no dia a dia do trabalho profissional;
- Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com intenção de apresentar formas de intervenção profissional e auxiliar a equipe de saúde no que se refere às informações sociais dos usuários, protegendo as informações sigilosas que precisam ser registradas no prontuário social.

Nesse sentido Martinelli (2011. p. 499) complementa,

No atendimento direto aos usuários, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social n. 145, de 15 de outubro de 2004 nos pede um novo olhar para o social: o da proteção social como direito, como elemento fundante da cidadania. Da mesma forma, os princípios da Política Nacional de Saúde Lei n. 8.080/90 nos direcionam na luta pela vida, no compromisso pela construção de práticas democráticas, sintonizadas com as necessidades sociais e de saúde da população.

Nos hospitais, as atividades relacionam-se, especialmente, com a necessidade de agilizar ações para a realização de exames, obtenção de medicamentos, notificação de alta ou óbito, entre outros. Mantém vínculo ainda com outra necessidade do sistema, a de garantir a substituição dos leitos, quer seja por pressão de demanda reprimida⁹, quer seja pela lógica de remuneração/produzividade, leito/dia (COSTA, 2009, p. 320). Diante desses discursos, percebemos o quanto o trabalho do assistente social é fragilizado, um trabalho repleto de demandas distintas que busca o mesmo fim, garantirem o acesso

⁹ Entende-se por demanda reprimida a falta de acesso do usuário do SUS. Nesse sentido, pode-se afirmar que todo acesso incompleto é uma demanda reprimida. Porém nem toda demanda reprimida é um acesso incompleto (OLIVAR e VIDAL, 2007).

aos usuários de seus serviços e ao mesmo tempo atender as exigências mais gerais do sistema de saúde, afinal, não esqueçamos que esse profissional é também um trabalhador assalariado.

Nas sábias palavras de lamamoto (2009, p. 354),

Verifica-se, pois, uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho. Assim, o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes externos, que fogem ao seu controle do indivíduo e impõe limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho.

Dessa forma, aumentar as possibilidades e conduzir seu trabalho objetivando seu projeto exige estratégias político-profissionais que ampliem bases de apoio dentro do espaço ocupacional que venham a somar forças com segmentos da sociedade civil, que também se movem pelos mesmos princípios éticos e políticos, conclui a autora. Contudo, Martinelli (2011) acrescenta dizendo que na área da saúde, onde existem inúmeras identidades em interação, este é um desafio cotidiano, que se transforma em um verdadeiro imperativo ético, pois o que está em jogo é a construção de uma prática competente, no qual o valor humano, a qualidade de vida e a dignidade da morte (pacientes fora de possibilidades terapêuticas), sejam bases fundamentais e objetivos comuns para toda a equipe.

Enfim, este é o caminho que devemos prosseguir e um compromisso que devemos assumir que somente poderá ser alcançado com práticas interdisciplinares, realizadas através de um trabalho ético e de respeito à vida. Mas vale lembrar que isso exige um contínuo processo de construção de conhecimentos, por meio da pesquisa e da intervenção profissional competente e crítica, firmada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético-Político do Serviço Social.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política de Saúde no Brasil no decorrer da história passou por várias transformações. Dentre elas, a luta pela construção do Projeto da Reforma Sanitária foi e continua sendo a mais marcante, um projeto pautado na equidade e universalidade do atendimento à saúde que deu origem ao atual Sistema Único de Saúde (SUS). Um sistema extenso e complexo que consolida esta como direito do cidadão e dever do Estado, e que reconhece a saúde não apenas no que se refere ao processo saúde/doença, mas como condicionantes de fatores sociais que envolvem outras áreas como educação, assistência social, habitação, saneamento básico, transporte, lazer, etc. É regido pela Norma Operacional Básica e pela Lei Orgânica da Saúde que visam garantir o acesso universal aos usuários, seja nas unidades básicas, de média complexidade e alta complexidade, porém, sabemos que a diferença entre a lei e sua execução mostra na prática uma realidade contraditória.

Esse estudo pôde nos proporcionar o conhecimento das mudanças ocorridas durante a contra-reforma do Estado nos anos 1990 e que refletem até hoje na nossa sociedade, não somente em relação à política de saúde, mas nas demais políticas sociais, trazendo a tona o debate sobre a focalização, terceirização e privatização dos serviços públicos que refletem de forma agressiva e negativa na vida dos trabalhadores, trazendo prejuízos e a violação de seus direitos e o crescente aumento da desigualdade social.

Em relação ao Serviço Social, vimos também que esse se fez presente na saúde desde o início de sua implantação, primeiramente atuando através de práticas conservadoras e posteriormente aderindo ao Projeto da Reforma Sanitária, diante do qual passaram a ter uma formação mais crítica que busca tão somente, criar mecanismos que venham facilitar o acesso da população que diariamente procuram atendimento nos serviços públicos de saúde. Ações estas, baseadas no Código de Ética voltadas aos princípios do Projeto Ético-Político e nas normas legais que regem a profissão, que caminham opostamente ao projeto neoliberal.

Pudemos perceber quão árduo é o trabalho do assistente social, um trabalhador assalariado que ao mesmo tempo em que precisa preservar o seu

cargo, isto é, manter-se no emprego para sobreviver, afinal ele é um ser humano, precisa também atender as demandas que lhe são impostas, muitas vezes até contrariando as normas das instituições buscando consensos para que ambas as partes não entrem em conflito e que garantam a prestação do serviço a quem procura. Ao mesmo tempo satisfatório, pois nada mais gratificante do que ver seu trabalho realizado com sucesso, dando respostas positivas expressas através de um sorriso no rosto de quem os procura, vendo neste, a única esperança de terem seus direitos sociais reconhecidos.

Portanto, uma profissão que requer um amplo conhecimento teórico que lhe dê subsídios que venham a responder os ideais das propostas da Reforma Sanitária e do seu Projeto Profissional e assim oferecer aos usuários um serviço de saúde de qualidade, independente do espaço de atuação, promovendo assim, a emancipação e a satisfação dos sujeitos podendo olhar para si como cidadãos de direitos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Isabel. **A era FHC e o governo Lula.** Disponível em: <<http://profisabelaguiar.blogspot.com.br/2012/10/a-era-fhc-e-o-governo-lula.html>>. Acesso em 1º de março de 2014.

ASSIS, Marluce Maria; JESUS, Washington Luiz Abreu de. **Acesso aos serviços de saúde:** abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232012001100002&script=sci_arttext>. Acesso em 09 de abril de 2014.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social:** fundamentos e história. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOTA, Ana Elizabete *et al* (org.). Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês; MENEZES, Juliana Souza Bravo. **A Saúde nos Governos Lula e Dilma:** algumas reflexões. Disponível em http://abepss.hospedagemdesites.ws/wp-content/uploads/2012/07/Revista_cadernos_de_Saude_adufrij_pelasauade.pdf>. Acesso em 10 de março de 2014.

BRAVO, Maria Inês Sousa *et al* (org.). Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: **Saúde e Serviço Social.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRITO, Luana Siebra Macário de. **A Prática Interdisciplinar no programa do Planejamento Familiar:** uma análise da realidade no Centro de Especialidades do Crato/CE. Juazeiro do Norte, 2010.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: **Cad. Saúde Pública.** Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>>. Acesso em 09 de abril de 2014.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O Acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**. Disponível em <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/225>>. Acesso em 09 de abril de 2014.

COHN, Amélia *et al.* **A Saúde como Direito e como Serviço**. 6.e. São Paulo: Cortez, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Versão preliminar. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Brasília: CFESS, 2009.

COSTA, Cristiane de Carvalho Cerqueira. **O impacto das Políticas Neoliberais no Serviço Social de Saúde**: Um estudo sobre o trabalho dos Assistentes Sociais no HEMORIO. UFRJ/ESS, Rio de Janeiro, 2003.

MOTA, Ana Elizabete *et al* (org.). O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CUNHA, Carmen Lucia Nunes. **Serviço social na Saúde**: os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários. Disponível em <<http://caioba.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/7910>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2014.

FIGUEIREDO, Maria Clara de Oliveira. **A Política de Saúde no Cenário Contemporâneo**: o poder nefasto do capital mundializado em solos brasileiros. Disponível em <actacientifica.servicoit.c/biblioteca/gt/.../GT19_OliveiraFigueiredo.pdf>. Acesso em 05 de março de 2014.

FORTES, Caroline Vieira. **Estratégias para garantia da equidade no acesso aos serviços de saúde em unidades de saúde da família**: uma revisão de literatura. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/18514>>. Acesso em 09 de abril de 2014.

GAMA, Herica Patrícia. **O Assistente Social na área da Saúde**: por uma inclusão legal na equipe do PSF. Disponível em <www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/.../38076.pdf>. Acesso em 15 de fevereiro de 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Viana Gleciene. **Breve apreciação sobre a política de saúde no Brasil no Contesto da Contra-Reforma do Estado**. Disponível em <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/cdvjornada/jornada_eixo_2011/impas/eses_e_desafios_das_politicas_da_seguridade_social/breve_apreciacao_sobre_a_politica_de_saude_no_brasil>. Acesso em 20 de fevereiro de 2014.

MOTA, Ana Elizabete *et al*, (org.). **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Os espaços sócio ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

INDRIUNAS, Luís. **História da Saúde Pública no Brasil**. Disponível em <<http://www.pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>>. Acesso em 12 de setembro de 2013.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva *et al*. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000100003&script=sci_arttext> Acesso em 09 de abril de 2014.

LUZ, Therezinha Madel. **Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” – Anos 80**. Disponível em <www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/04.pdf> Acesso em 09 de fevereiro de 2014.

MATOS, Maurílio Castro de. **Assistente Social: Trabalhador (a) da Saúde. Reflexões a Partir do Debate Brasileiro**. Disponível em <www.interacoesismt.com/index.php/revista/article/viewFile/315/327>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O Trabalho do Assistente Social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300007&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 04 de fevereiro de 2014.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Implementação da Reforma sanitária**: a formação de uma política. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/08.pdf>. Acesso em 21 de janeiro de 2014.

MENDES, Heloisa Wey Berti; JÚNIOR, Antônio Luiz Caldas. **Prática Profissional e Ética no Contexto das Políticas de Saúde**. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/flae/article/view/1563>. Acesso em 09 de abril de 2014.

MONTEIRO, P.H.N., PUPO, L. R. **Considerações teóricas sobre acesso**. In: Temas em saúde coletiva nº 8. Acesso aos serviços de saúde em Municípios da Baixada Santista. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/temas08.pdf>. Acesso em 01 de fevereiro de 2014.

MOTA, Ana Elizabete *et al* (org.). **A construção do projeto ético-político do serviço social**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVAR, M.S.P., VIDAL, D.L.C. **O Trabalho dos Assistentes Sociais nos Hospitais de Emergência**: notas para o debate. In: Serviço Social & Sociedade. São Paulo, ano XVIII, n. 92, Nov. 2007. São Paulo, Cortez, 2007.

OLIVEIRA, Juliana da Silva, et al. **Acessibilidade aos Serviços de Saúde sob a Ótica dos Usuários**. In: III Encontro de Violência intrafamiliar: uma violação dos direitos humanos. Vol. 02. p. 114-116. Jequié – BA, 2012. Disponível em http://www.uesb.br/eventos/violencia_intrafamiliar/?pagina=2012. Acesso em 16 de fevereiro de 2014.

PAIM, Jaimilson Silva *et al*. **Políticas de saúde do governo Lula**: Avaliação dos primeiros meses de gestão. In: Saúde em Debate. v 29. n. 70. Rio de Janeiro: CEBES, 2005. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6026/1/Paim%20JS.%202005%20Artigo1.pdf>. Acesso em 19 de março de 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em <http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/biblioteca.php>. Acesso em 10 de setembro de 2013.

PONTES, Ana Paula Munhede, *et al.* **O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?** In: Revista de Enfermagem. N. 13. Vol 03. p. 500-507. Esc. Anna Nery. UFRJ: 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>>. Acesso em 15 de março de 2014.

_____. PORTARIA Nº 2.073/GM Em 28 de setembro de 2004. **Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.** Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <otr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2073.htm>. Acesso em 19 de março de 2014.

ROSEMBERGER, Samara. **SUS fornece aparelhos auditivos gratuitamente.** In: Saúde & Comportamento. Laboratório de Jornalismo On-line. Comunicação Social – Jornalismo. Londrina – PR, 2011. Disponível em <www12.unopar.br/unopar/comtexto/ctwebmanchete.action?x=3685>. Acesso em 19 de março de 2014.

SILVA, Jéssica Caroline Medeiros. **O trabalho do assistente social no sistema único de saúde.** In: ETIC - Encontro de Iniciação Científica. Vol. 5, n. 5 (2009). Disponível em <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewArticle/1965>>. Acesso em 22 de março de 2014.

SILVA, José Joaquim Santos. **Porque sou contra o bolsa-família?** In: Para Ler e Pensar. Crônica. (13/10/2012). Disponível em <http://www.paralerepensar.com.br/paralerepensar/texto.php?id_publicacao=26455>. Acesso em 20 de março de 2014.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS).** In: Revista de Administração de Empresas (RAE). v. 49. n. 4. São Paulo, 2009. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034(...)>. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

MOTA, Ana Elizabete *et al* (org.). **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** In: **Serviço Social e Saúde : formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: OPAS, OMS. Ministério da Saúde, 2009.