

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Jéssica Caroline Medeiros SILVA¹

RESUMO: O presente estudo traz à discussão o trabalho do assistente social no sistema único de saúde. Analisamos a política de saúde no Brasil desde os períodos anteriores à ação estatal até os dias de hoje. Descrevemos a construção do Projeto de Reforma Sanitária e apontamos as propostas elaboradas por esse projeto, discutimos a Lei 8.080 de 1990 que constitui o sistema único de saúde e apontamos seus princípios e diretrizes. Ressaltamos as dificuldades de efetivação deste sistema, contudo apontamos a Norma Operacional Básica que define estratégias para a sua operacionalidade. Compreendemos a relação do Serviço Social com a saúde desde o surgimento da profissão, ressaltamos as determinações históricas que influenciaram a profissão e apontamos à importância da ação do profissional do serviço social nesta área.

Palavras-chaves: Saúde. Projeto de Reforma Sanitária. Sistema único de saúde. Norma Operacional Básica. Serviço Social.

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo compreender a saúde como direito universal do cidadão e dever do Estado, ressaltando as garantias constitucionais e estatutárias conquistadas através do Projeto de Reforma Sanitária em especial o Sistema Único de Saúde, abordaremos também o enfrentamento do profissional de Serviço Social que através de seu conhecimento teórico e metodológico busca a consolidação deste direito.

Nele está descrita uma breve trajetória das políticas de saúde no Brasil, uma análise da construção do Projeto de Reforma Sanitária, do Sistema Único de Saúde, da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde e também da atuação do profissional de Serviço Social.

Este tema é de grande relevância para o Serviço Social, pois mostra ao aluno uma discussão da área da saúde compreendendo a construção do Projeto de Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, desvelando a caracterização

¹ Discente do curso de Serviço Social das Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo” de Presidente Prudente-SP. Contato: jessica_medeiros@yahoo.com.br

errônea deste Sistema e aponta também como o profissional do Serviço Social deve direcionar sua ação.

Para elaboração deste trabalho foram utilizados textos disponibilizados em sala de aula, livros, Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080, Norma Operacional Básica (NOB-SUS/96) e o Projeto ético-político profissional do Serviço Social.

Este trabalho está dividido em três partes, na primeira parte será discutida a política de saúde no Brasil, destacando desde os períodos anteriores à ação estatal na área da saúde até os dias de hoje, passando pela construção do Projeto de Reforma Sanitária.

Na segunda parte o Sistema Único de Saúde será discutido, apresentando assim seus princípios e diretrizes, apontando também a Norma Operacional Básica e as dificuldades deste sistema. Na terceira parte ressaltaremos a trajetória histórica do Serviço Social em relação à Saúde e por fim discutiremos a atuação do profissional de Serviço Social junto a esta área.

1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL²

Para compreendermos a Política de Saúde no Brasil precisamos destacar desde os períodos anteriores à ação estatal na área da saúde até os dias de hoje, para isso precisamos compreender as determinações sócio-históricas.

1.1 Os Antecedentes a Intervenção Estatal

No século XVIII não havia assistência médica pública, os atendimentos eram realizados filantropicamente em hospitais particulares, muitos deles mantidos pela igreja. No século XIX ocorreram algumas transformações econômicas e políticas, surgiram algumas iniciativas no âmbito da saúde pública como campanhas

² Este texto foi baseado no texto de Maria Inês Souza Bravo In Serviço Social e Saúde, 2008.

e a vigilância do exercício profissional. No final do século o movimento operário ainda em crescimento, tem como uma de suas reivindicações a questão da saúde.

Braga (1986, p. 41-42) apud Bravo (2008, p.90) afirma que: a saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.

Em 1923 foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) um antecedente ao previdenciário brasileiro. Com as CAPs os operários tinham direito a assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria tanto por tempo de serviço como nos casos de velhice ou invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. As CAPs eram financiadas pela União, empregadoras e empregados e administrada pelos empregados e empregadores, no entanto, o presidente era nomeado pelo Presidente da República. Contudo esse direito a saúde era restrito ao trabalhador, ou seja, um direito contributivo e era desigual também entre os setores, pois aqueles que conseguiam se organizar como as empresas ferroviárias e marítimas tiveram primeiramente seus direitos garantidos.

1.2 Intervenção Estatal: 1930 a 1964

A partir da década de 30 ocorreram diversas modificações na sociedade brasileira, as características políticas e econômicas se alteraram, o Estado redefiniu o seu papel e a industrialização foi o processo mais marcante nesse período, pois esse processo acelerou a urbanização, ampliou a massa trabalhadora e criou os novos sujeitos sociais - os assalariados urbanos - que passaram a reivindicar respostas às questões sociais³, a partir disso ocorreu o surgimento das políticas sociais nacionais que pudessem responder as questões sociais de forma orgânica e sistemática.

A política de saúde era nacionalmente formulada e foi organizada nesse período em dois subsetores: o da saúde pública que predominou até meados da década de 60 e o da medicina previdenciária que passou a predominar a partir de

³ As questões sociais em geral e em particular as questões relacionadas à área da saúde.

1966. Algumas iniciativas foram empregadas no período de 1930 a 1940, como a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em substituição as CAPs com o objetivo de ampliar o número de categorias vinculadas ao Instituto, para que não houvesse reivindicações no âmbito da ampliação da cobertura da política de saúde. Os IAPs funcionavam administrativamente como os CAPs e o dinheiro que vinha do financiamento dos empregados e empregadores era investido no financiamento da industrialização.

Segundo Bravo (2008, p.92):

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. [...] A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50,56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

A partir de 1950 o fornecimento de atendimento hospitalar estruturou-se também de forma privada devido aos interesses capitalistas de empresas médicas que visualizaram nesta área fins lucrativos, no entanto, a assistência previdenciária ainda era oferecida apenas pelos institutos.

1.3 Ditadura Militar

A ditadura militar modelou um novo Brasil, com uma tendência de desenvolvimento econômico e social, ampliando a política assistencial, para com isso aumentar o poder de regulação do Estado sobre a sociedade, colocando uma cortina de fumaça nas tensões sociais e na repressão e com essa ampliação tornar o regime militar legítimo.

Em 1966 a Previdência Social e os IAPs unificaram-se, com isso a medicina previdenciária cresceu e a saúde pública entrou em declínio. Nesse período foi implantado um modelo de privilegiamento do produtor privado, esse modelo dentre outras características estendeu a cobertura previdenciária a

praticamente toda população urbana e após 1973 aos trabalhadores rurais, autônomos e domésticas.

A ditadura militar desde 1964 buscava consolidar sua hegemonia, no entanto essa não foi alcançada, e assim novas formas de legitimar a dominação burguesa e suas conseqüências foram buscadas. Com isso a Política Social de 1974 a 1979 procurou maior efetividade no enfrentamento das expressões da questão social para canalizar as reivindicações. Bravo (2008, p.94) conclui esse período afirmando que:

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério de Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições do Sistema Nacional de Saúde.

1.4 Década de 1980: Construção do Projeto de Reforma Sanitária

A década de 1980 foi um período de superação do regime de ditadura existente no país desde 1964 e de crise econômica mundial que vinha desde 1970, no entanto, neste momento de democracia a saúde pôde contar com a participação de novos sujeitos sociais, que passaram a discutir as condições de vida da população e as propostas apresentadas pelo governo, o debate assumiu dimensão política.

Dentre esses novos sujeitos sociais estavam: sociedade civil, movimentos sociais urbanos, os partidos políticos de oposição, profissionais da saúde que ultrapassando o corporativismo defendiam juntamente com os outros sujeitos a melhoria das condições de vida e saúde, buscando o fortalecimento da saúde pública. Foram debatidas diversas propostas em relação ao tema:

- Universalização do acesso à saúde, ou seja, deixando de ser restritiva ao trabalhador;

- Saúde como direito social e dever do Estado;
- Reestruturação do sistema através da estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Descentralização do processo decisório, para que as decisões pudessem ser tomadas em esfera estadual e municipal;
- Financiamento efetivo, ou seja, que as fontes de financiamento e a quantidade de recurso fossem efetivas;
- Democratização do poder local, através de mecanismos de gestão democrática como os Conselhos.

Essas propostas foram fundamentais para a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde. Sergio Arouca⁴ (1998)⁵ afirma que:

"Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado."

Conforme cita Arouca a partir da conferência, surgiu o movimento pela emenda popular, a primeira emenda constitucional que nasceu do movimento social. Esse é considerado o maior sucesso da Reforma Sanitária.

A Conferência contando com grande participação dos usuários introduziu no cenário da saúde a sociedade como um todo, e referiu-se não somente ao Sistema Único, mas a Reforma Sanitária, com isso a promulgação da Constituição Federal de 1988 representou no plano político a promessa de consolidação dos direitos sociais em especial o da saúde.

A Assembléia Constituinte se transformou em uma arena política dividida entre a Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e a Associação de Indústrias Farmacêuticas, e como forças opostas a estas, a Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte que congregava duzentas entidades como sindicatos,

⁴ Considerado como um dos maiores sanitaristas, participou dos debates para a Reforma Sanitária e presidiu a 8ª Conferência Nacional da Saúde.

⁵ Citação retirada de www.ministeriodasaude.gov.br/sanitarista

associações, partidos de oposição, movimentos sociais e outros órgãos ligados ao setor. Os instrumentos de luta utilizados pela Plenária foi à capacidade técnica de formular teleologicamente um projeto de texto claro e consciente, além da pressão posta através da mobilização da sociedade (participação de 200 entidades).

Na área da Saúde o texto constitucional atende grande parte das reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses dos empresários do setor hospitalar e não altera nenhum fator para a indústria farmacêutica.

Contudo, os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 referem-se à saúde, e definem aspectos como os ressaltados no artigo 196:

Art 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Além desses pontos existem outros com igual importância como a definição de que as ações e serviços passaram a ser de relevância pública, cabendo ao poder público a ação de regulamentação, fiscalização e controle, estas integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único com descentralização, atendimento integral, participação da comunidade e veda a destinação de recursos públicos para auxílio às instituições privadas com fins lucrativos.

No entanto, a Constituição Federal não incorporou todas as propostas da Reforma Sanitária, pois o financiamento não ficou totalmente definido⁶, 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.

Por mais que a mudança no arcabouço jurídico trouxe um fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento, trouxe pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária sua operacionalização e não houve.

No final da década de 80, já haviam incertezas quanto à implementação da Reforma Sanitária, pois, a ineficácia do setor público, fragilidade das medidas e a ausência de resultados acarretaram a redução do apoio popular.

⁶ O financiamento foi definido na Lei 8.080 de 1990.

Nos anos 90, o Estado tem um redimensionamento influenciado pela Política Neoliberal, assim à força conservadora brasileira entrou em cena para que a Constituição não fosse regulamentada, lutando para a redução dos direitos sociais e trabalhistas, pelo sucateamento da saúde e educação e o desmonte da Seguridade Social⁷ reduzindo-a a previdência social, retornando a idéia de que só tem o direito quem é contribuinte.

A Reforma do Estado ou Contra Reforma é a estratégia de colocar o Estado como promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas, vinculando a saúde e outras políticas sociais ao mercado, estabelecendo parcerias com a sociedade civil (ONG's) assumindo apenas os custos, priorizando a assistência medica-curativa em detrimento de ações de promoção e proteção da saúde e muitas outras propostas que vem em detrimento da Reforma Sanitária.

No governo Lula que teve inicio em 2003 podemos ver algumas inovações no âmbito das políticas sociais e conseqüentemente no âmbito da saúde que ocorreu um retorno a concepção sanitária e a concepções postas na Constituição Federal, no entanto, a Reforma Sanitária ainda deve ser bandeira de luta e como se refere o Ministério da Saúde na Biblioteca Virtual sobre Sergio Arouca:

Pouco antes de morrer, Arouca dizia que era preciso retomar os princípios básicos da reforma sanitária, que não se resumiam à criação do SUS. Ela mostrava que o conceito de saúde e doença estava ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, era preciso discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Conforme nos referimos anteriormente a Constituição brasileira de 1988 define a saúde como um direito de direito de todos e dever do Estado que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas. Nessa perspectiva que a Lei

⁷ Articulação entre a área da saúde, assistência social e previdência social

Orgânica da Saúde – Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 define assim o que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), o seu artigo 4º reza que :

Art 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS.

As ações e serviços que integram o SUS são desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas na Carta Magna - a Constituição Federal - e obedece aos seguintes princípios⁸:

- Universalidade, todas as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde, é um direito de cidadania, com isso deixam de existir os ditos como “indigentes” que eram os brasileiros que não eram incluídos no mercado de trabalho e por isso não eram incluídos nos programas de saúde, este princípio é a maior conquista das lutas em favor da Reforma Sanitária.

- Preservação da autonomia das pessoas, visando a sua integridade física ou moral;

- Igualdade da assistência médica, sem preconceitos ou privilégios buscando assim a equidade, pois todo cidadão é igual perante o SUS e deve ser atendido conforme sua necessidade, cada grupo, região ou classe social tem seus problemas específicos, seu modo de viver e adoecer, com isso devem ser realizadas ações diferentes para que se possa buscar a igualdade;

- Integralidade, entendida como um conjunto articulado de ações e serviços que visem atender o indivíduo como um ser humano integral, vê-lo como um ser biologicamente, psicologicamente e socialmente exposto aos riscos de vida. Necessitando assim de ações de promoção, prevenção e recuperação.

As ações de promoção são ações que buscam controlar ou eliminar causas das doenças e agravos. São ações relacionadas a fatores sociais que envolvem outras áreas como a educação, assistência social, habitação, meio ambiente e outras áreas que possam alterar as condições sociais de vida do

⁸ Princípios e Diretrizes definidas no artigo 7º da Lei 8.080/90 e considerações Volpato (2009).

indivíduo, ações podem estar relacionadas também a fatores psicológicos, ou seja, estado emocional, ou também a fatores biológicos como herança genética.

Proteção são ações específicas para manter o estado de saúde, prevenindo os riscos e exposição à doença, ações de prevenção das DST – AIDS, carie dental, câncer de mama, próstata, imunizações e outras ações.

As Ações de Recuperação atuam sobre o dano como no atendimento ambulatorial básico e especializado, internações, exames e outras ações que possam evitar a morte e a seqüela nas pessoas que já se encontram adoentadas.

- Outro princípio do SUS é a resolutividade, ou seja, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge algum impacto coletivo da saúde o serviço correspondente deve estar capacitado para resolver o atendimento com eficácia e eficiência;

- A participação da comunidade é garantida, esta deve participar na formulação das políticas de saúde e no controle da execução em todos os níveis - federal, estadual e municipal – essa participação pode acontecer através dos conselhos de saúde e nas Conferências de saúde que são instancias máximas de deliberação;

- A descentralização político-administrativa é entendida como redistribuição de responsabilidade entre as esferas de governo, na norma operacional básica do Sistema Único de Saúde, da qual falaremos adiante, se define o que é de obrigação de cada esfera de governo.

Além desses princípios e diretrizes citados acima, Volpato (2009) ressalta que:

A rede de serviços do SUS deve ser organizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Quando se fala em níveis de complexidade nos referirmos aos tipos de atendimento, no nível primário estão os centro de saúde dos bairros e distritos, estes estão em esfera municipal, e esse atendimento deve estar qualificado para resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde, os problemas que não forem resolvidos nesse nível deverão ser referenciados ao serviços de nível

secundário que se encontra nos hospitais e policlínicas, que atende várias especificidades no âmbito regional, e a demanda não atendida nesses níveis de complexidade, devem ser “tratadas” no nível terciário, nos hospitais especializados.

É importante ressaltar também que a Constituição define que se o setor público for insuficiente para atender a demanda de serviços a contratação de serviços privados pode ocorrer, no entanto, essa contratação poderá se dar apenas se a instituição privada estiver de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS, se a rede de serviços estiver regionalizada e hierarquizada, contudo os serviços privados não lucrativos devem ter preferência.

2.1 Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde foi promulgado na Constituição Federal de 1988, porém conforme nos referiremos no próximo item, as dificuldades da sua efetivação são muitas, com isso após um amplo debate e processo de discussão resultou a Norma Operacional Básica (NOB-SUS/96) que culminou com a assinatura da Portaria No. 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

A Norma Operacional Básica define estratégias e movimentos táticos, para aperfeiçoar a gestão do SUS e a operacionalidade deste sistema, tem por finalidade primordial promover e consolidar os princípios do SUS, com a redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Para Nogueira (2008, p. 220) as inovações mais radicais relativas ao modelo de atenção proposto pela legislação do SUS somente teve início com essa norma operacional.

Conforme reza a NOB- SUS/96:

Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

A NOB aperfeiçoa a gestão do SUS, mas também reordena o modelo de atenção à saúde, pois redefine os seguintes pontos:

- a. os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b. os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c. os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d. a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;
- e. os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

2.2 Desafios do Sistema Único de Saúde

O SUS está consolidado na Constituição Federal, tem seus princípios postos na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), suas Normas Operacionais Básicas, ou seja, o Sistema tem sua base pautada na lei, contudo o problema não está no sistema, está na discrepância entre a lei e a operacionalização.

Parte da população não consegue ter acesso ao SUS, outra parte aguarda a longa fila de espera para consultas, exames, cirurgias, encaminhamentos e na marcação para serviços mais especializados, muitas vezes essa espera demora anos.

Faltam médicos, pessoal, medicamentos e até insumos básicos. Os profissionais não estão preparados para atender bem a população, sem contar que as condições de trabalho e de remuneração são geralmente muito ruins.

O atendimento emergencial é falho e inadequado principalmente às vítimas da violência e dos acidentes de trânsito.

São precários os serviços de reabilitação, o atendimento aos idosos, a assistência em saúde mental e os serviços odontológicos.

De acordo com o IDEC⁹ o orçamento público destinado ao SUS é insuficiente, há estados e municípios que descumprem a Constituição e não destinam os recursos previstos para a saúde, o IDEC ressalta também que parte do dinheiro da saúde, que já é pouco, está sendo desviada para pagamento de salários de aposentados, pagamento de dívidas, obras de outros setores e até pagamento de planos privados de saúde para funcionários públicos.

A consolidação plena do SUS esbarra na ausência de vontade política de alguns governantes e na falta de organização da sociedade, especialmente a população em situação de pobreza que têm dificuldades de mobilização para pressionar as autoridades porque muitas vezes não tem conhecimento de seus direitos.

As dificuldades do SUS não podem ser generalizadas, pois muitos municípios assumiram a saúde de seus cidadãos, e em consonância com a lei prestam atendimento com qualidade e dignidade a toda à população.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE¹⁰

O Serviço Social desde seu surgimento tem relação com a saúde, no Brasil o período de 1930 a 1945 foi caracterizado pelo surgimento desta profissão, que tinha no período influência européia, a saúde fazia parte da formação profissional, no entanto não era a área que concentrava a maior parte dos profissionais.

A partir de 1945 ocorre o aprofundamento do capitalismo e o término da 2ª Guerra Mundial o que traz consequências sociais, com isso ocorre à expansão do Serviço Social na área da saúde, a atuação deste profissional também é ampliada. Os assistentes sociais brasileiros passaram a defender o ensino e a profissão nos Estados Unidos, pois compreendiam que a estes fatores neste país haviam atingido um grau superior aos demais, com isso se desvincula do

⁹ Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

¹⁰ Este texto foi baseado no texto de Maria Inês Souza Bravo e Maurílio Castro de Matos In Serviço Social e Saúde, 2008.

Serviço Social europeu e vincula-se ao dos Estados Unidos, passando a ação profissional que era de julgamento moral em relação aos clientes para uma análise de cunho psicológico.

Neste mesmo período houve um agravamento na saúde da população, sobretudo a população de países periféricos, como nos referimos anteriormente a Política Nacional de Saúde que se esboçava desde 1930 foi consolidada no período de 1945-1950, com ela redefiniu-se um novo conceito de saúde, que requisitou a atuação de outros profissionais para trabalhar na saúde e com eles o assistente social. Sucede a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar o que ampliou a abordagem em saúde, introduzindo programas com alguns segmentos da população que mais necessitavam da atenção médica, já que era inviável a atenção médica universal, e introduziu conteúdos preventivos e educativos, o profissional do Serviço Social atuou nesses programas prioritários e tinha sua intervenção relacionada à tarefa educativa em relação aos hábitos de higiene e saúde.

Nessa perspectiva o assistente social passa a trabalhar nos hospitais sendo um intermediário entre a população e a instituição, para assim viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, que nesse período passou a ser custeados total ou parcialmente pelos próprios beneficiados, para realizar tal intermediação o profissional utilizava-se de plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

As propostas racionalizadoras na saúde a partir da década de 50 não tiveram repercussão no Serviço Social na saúde. Após a década de 60 que a situação começou a modificar surgindo um debate na profissão questionando o conservadorismo, que rebateu no Serviço Social na saúde, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária.

De 1974 à 1979 o Serviço Social passou por um processo organizativo e surgiram novas direções para a profissão, no entanto no âmbito da Saúde a profissão não se alterou. Na década de 80 a profissão ampliou o seu debate teórico e incorporou algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo, nesse contexto o Serviço Social passa por uma revisão interna, assim surge uma disputa pela nova direção dada pela profissão.

Com a Constituição Federal de 1988 foi consolidada a conquista da saúde como um direito de todos e dever do Estado, nela constitui também um Sistema Único de Saúde do qual já falamos anteriormente. A saúde juntamente com a assistência social e previdência social passam a integrar a Seguridade Social.

A conjuntura neste período era de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e a construção de

uma reforma sanitária brasileira. Neste contexto o Serviço Social sofreu influências, contudo estava passando por um processo interno de revisão, um processo de negação do Serviço Social tradicional, e foi neste período o início da maturidade da tendência hegemônica atual da profissão, neste período ocorreu à vinculação da profissão com a tradição marxista.

Conforme Bravo (1996) apud Bravo e Matos (2008, p. 204):

Num balanço do Serviço Social na área da saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde

Contudo, os avanços e debates construídos na época não foram suficientes para articular na década de 90 a categoria ao Movimento de Reforma Sanitária.

Nesta mesma década consolida-se o projeto político econômico neoliberal que confronta com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social¹¹ e com o projeto da Reforma Sanitária, com isso a dificuldade de construir e concretizar uma prática de um Estado participativo e de políticas sociais equânimes e universais é maximizado.

O Projeto da Reforma Sanitária é questionado e o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista é consolidado, com esta consolidação o Estado reduz a sua atuação, garantindo apenas o mínimo aos que não podem pagar e os demais, os cidadãos consumidores, pagam pelo atendimento.

Com isso Bravo e Matos (2008, p. 206) colocam as diferentes requisições para o Serviço Social:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

O governo Lula teve início em 2003, neste programa de governo a saúde é entendida como um direito fundamental e há o compromisso com a garantia do acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, o Ministério

¹¹ Tecido desde a década de 80.

da Saúde busca incorporar a Reforma Sanitária, busca também ampliar o atendimento do SUS ressaltando também a política de educação para o SUS, a capacitação dos conselheiros de saúde, ampliação dos agentes comunitários de saúde e fortalecimento do Programa de Saúde da família.

Contudo as ações do governo em relação à saúde não estão sendo suficientes já que ora o governo fortalece a Reforma Sanitária, ora o Projeto privatista.

As forças conservadoras que fortalecem o Projeto privatista rebatem sobre o Serviço Social, essas forças interferem no posicionamento de que o marxismo não apresenta respostas às demandas atuais. Na saúde segmentos de profissionais ao se especializarem na saúde passam a identificar como sanitarista, pois acabam exercendo outras atividades distanciando da ação do Assistente Social que deve passar pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca para o enfrentamento destas questões.

Nesse sentido o profissional do Serviço Social deve através de seu conhecimento teórico-metodológico das diferentes expressões da questão social na área da saúde, criar meios para que os usuários (cidadãos em geral) possam adquirir consciência de seu direito à saúde e compreendam esta como dever do Estado em prove-la, como também fortalecer o caráter público das ações e serviços de seguridade social. Este profissional deve efetivar a promoção, prevenção, proteção, como está posto nos princípios do SUS, podendo ser realizado também trabalhos educativos com a comunidade, fortalecendo também as ações e serviços de atenção básica, pois estes são portas de entrada do sistema de saúde.

O Assistente Social deve criar espaços coletivos para a democratização de informações e conhecimentos para que através de uma prática reflexiva e crítica desse processo de promoção da saúde e prevenção de doenças possam acontecer. Essas ações não devem se restringir aos usuários dos serviços, mas também aos profissionais da saúde de uma forma geral.

O eixo central para o trabalho do Assistente Social¹² na saúde é a busca da criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições, articulados aos princípios do projeto de reforma sanitária e ético-político do Serviço Social.

O profissional do Serviço Social deve articular aos demais profissionais trabalhando com uma equipe multiprofissional e interprofissional da saúde para que juntos possam defender o Sistema Único de Saúde e formular estratégias para a consolidação dos direitos à saúde.

¹² Fragmentos do texto elaborado para fim didático pela Ms Luci: Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate.

O profissional de Serviço Social deve ter uma ação complexa, objetivando atingir a universalidade e a equidade do atendimento a saúde, para isso sua ação deve estar em rede com os demais serviços que asseguram os direitos sociais para que ocorra verdadeiramente a alteração de realidade e a consolidação do Projeto de Reforma Sanitária, para isso é preciso que o profissional tenha o conhecimento, siga a sua direção profissional, seu projeto ético-político-profissional, tenha um comprometimento e uma vontade, tenha assim uma ação complexa e completa.

O profissional deve trabalhar no fortalecimento da rede se esta já estiver articulada, se não o trabalho deve estar na construção desta rede, para que todos os componentes da rede estejam com sua ação particular e também relacionada com os outros para que atinjam o objetivo comum, a consolidação das políticas sociais, pois só assim a saúde será efetivada integralmente, pois ela está integrada aos demais direitos.

Este profissional deve publicizar a informação do direito de participar das decisões sobre a política de saúde através do Conselho de Saúde, Orçamento plurianual de investimentos, e outros instrumentos de debates para a consolidação e ampliação destes direitos. O Assistente Social tem a tarefa de possibilitar a reflexão e a participação dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A luta pela Construção do Projeto de Reforma Sanitária foi e é de grande valia para toda a sociedade brasileira, pois o Brasil é um dos países do mundo com a melhor legislação em relação à saúde e tem posto em lei a conquista da universalidade e da equidade do atendimento a saúde.

O aparato legal é extenso, completo e complexo contém a garantia na Constituição Federal que consolida esta como direito, consolida também o Sistema Único de Saúde, além deste a Norma Operacional Básica e a Lei Orgânica da Saúde são avanços visíveis para a sociedade, no entanto a discrepância entre a lei e a sua execução é visível, pois como nos referimos neste trabalho as dificuldades

do atendimento à saúde ainda são muitas, contudo devemos ressaltar que esses direitos foram promulgados há pouco tempo se visualizarmos toda a história.

Ressaltamos também que a saúde da população não depende somente do SUS, mas também de investimento de recursos de políticas econômicas e sociais. A garantia de emprego, salário, moradia, saneamento básico, comida, educação, lazer e transporte interferem nas condições de saúde e de vida. Saúde não é só atendimento médico, mas também prevenção, educação, recuperação e reabilitação conforme está previsto no aparato legal.

Caminhar em direção ao projeto ético-político profissional do Serviço Social é caminhar opostamente ao projeto capitalista neoliberal, contudo o trabalho do profissional de serviço social deve estar na perspectiva de possibilitar que os usuários conheçam os seus direitos e se comprometam e se envolvam na fiscalização, acompanhamento do atendimento, se organizem, reivindique melhorias, possam propor e decidir através dos instrumentos de participação.

Referencias Bibliográficas

ANDRADE, L. O. M. de, BARRETO, I. C. de H. C. **SUS passo a passo**: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. – 2 ed. Ver. Ampl. – São Paulo: Hucitec; 2007.

AROUCA, S. **Reforma Sanitária**. 1998. Disponível em: <http://www.ministeriodasaude.gov.br>. Acesso em 21 de abr. 2009.

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

BRASIL. **Lei Orgânica Da Assistência Social** - lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília, DF: Senado, 1993.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Brasília, DF: Senado, 1993.

Legislação brasileira para o serviço social: coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) assistente social / organização Conselho

Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo, 9ª Região-Diretoria Provisória-2.ed.ver., ampl. e atual. até dezembro de 2005-São Paulo: O Conselho, 2006.

MOTA, A. E. [et al], (Orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional** – 3 ed. – São Paulo: Cortez: Brasília <DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

SALAZAR, A. [et al], (Org). **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde.**

Disponível

em:[http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/cartilha_ID EC.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/cartilha_ID_EC.pdf). Acesso em 29 de abr. 2009.

SANTANA, E. B. **O que é Serviço Social na Saúde.** Abr. 2004. Disponível em: <http://www.midiaindependente.org.br> Acesso em 28 de abr.2009.

VOLPATO, L. M. B. Fragmentos do texto: Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. Presidente Prudente, 2009