

**CENTRO UNIVERSITARIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

FRANCISCA JÉSSICA VERÔNICA DA SILVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE E O CONTEXTO NEOLIBERAL: O IMPACTO DO
PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO NA VIDA DA POPULAÇÃO USUÁRIA DA
CLÍNICA ESCOLA DA UNILEÃO EM JUAZEIRO DO NORTE-CE.**

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2019

FRANCISCA JÉSSICA VERÔNICA DA SILVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE E O CONTEXTO NEOLIBERAL: O IMPACTO DO
PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO NA VIDA DA POPULAÇÃO USUÁRIA DA
CLÍNICA ESCOLA DA UNILEÃO EM JUAZEIRO DO NORTE-CE.**

Monografia submetida à avaliação da banca examinadora do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio como parte das exigências acadêmicas para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social sob a orientação da professora Esp. Jácса Vieira de Caldas.

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2019

FRANCISCA JÉSSICA VERÔNICA DA SILVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE E O CONTEXTO NEOLIBERAL: O IMPACTO DO
PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO NA VIDA DA POPULAÇÃO USUÁRIA DA
CLÍNICA ESCOLA DA UNILEÃO EM JUAZEIRO DO NORTE-CE.**

Monografia submetida à avaliação da banca examinadora do Centro
Universitário Doutor Leão Sampaio como parte das exigências
acadêmicas para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social
sob a orientação da professora Esp. Jácsa Vieira de Caldas.

APROVADA EM ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Esp. Jácsa Vieira de Caldas.

Orientadora

Prof. Esp. Maria Dalva Silva Ribeiro.

Examinador I

Prof. Esp. Jamille de Lima Vieira.

Examinador II

Agradeço em primeiro lugar a Deus que me iluminou durante esta caminhada. À minha família pelo carinho e apoio, onde não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida. Obrigada ao meu namorado pela paciência e apoio nos momentos mais difíceis onde pensava em desistir, mas você sempre esteve ao meu lado acreditando no meu potencial e sempre me incentivou a seguir em frente em busca dos meus sonhos. A minhas amigas, pelo incentivo, pelas risadas e por não me deixarem desistir, mesmo nos momentos de maior dificuldade. À minha orientadora pela paciência e dedicação, agradeço muito por todos os conselhos, você é mais que uma professora, você se tornou uma amiga na qual quero levar pra sempre em minha vida. Amo todos vocês, obrigada!

AGRADECIMENTOS

Quando olhamos para o nosso lado e vemos pessoas que estão sempre presente, pessoas que nunca nos deixa desanimar, só podemos estar gratos. Minha família, meu namorado e meus amigos que sempre me dão palavras de coragem e que lutam para me ver feliz, vocês são raros. E eu tive a sorte de encontrar vocês, talvez não existam palavras suficientes e significativas que me permitam agradecer a cada um com o devido merecimento.

Muito obrigada a minha orientadora e professora Jácса Vieira de Caldas, por toda paciência, seu jeito doce de alegrar a vida de quem te conhece, à sua sabedoria que sempre foi uma verdadeira luz. Entrei na faculdade sabendo que ia ter professores, mas nunca imaginei que além de uma professora eu teria uma amiga no final dessa jornada, sempre conte comigo pra tudo, pois sempre estarei ao seu lado.

Agradeço a Deus tudo o que eu alcancei até hoje. Eu reconheço o meu esforço e me reconcilio com os meus fracassos, porque sei que nenhum deles foi grande o suficiente para me fazer desistir. Pelo contrário, os meus erros me ajudaram a crescer. Muito obrigado, meu Deus, por tudo de bom e de mau que é colocado no meu caminho, pois aquilo que não me traz felicidade me permite reconhecê-la quando ela chega em minha vida.

Durante esse percurso acadêmica, conheci pessoas que entraram na minha vida e sempre levarei em meu coração, não poderia deixar de agradecer, a meus colegas de academia e aos excelentes professores que tive a honra de conhecer e aprender tudo que sei hoje.

Do fundo do meu coração obrigada a todos!

"Aquele que trabalha duro pode superar um gênio, mas de nada adianta trabalhar duro se você não confia em você mesmo".

Rock Lee- Naruto

RESUMO

O referido trabalho acadêmico aborda um debate sobre a Política de Saúde no Brasil, buscando analisar as dificuldades enfrentadas pelos usuários da Política de Saúde, frente a grande a grande procura por serviços de saúde na Clínica Escola da UNILEÃO em Juazeiro do Norte – CE. Dividido em capítulos, apresenta de forma cronológica o desenvolvimento histórico da Política de Saúde no Brasil, o processo de lutas, desafios e conquistas que contribuíram para a elaboração da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde vigente, e como o mesmo vindo sendo executado nos seus últimos 31, tivemos uma progressão ou barbárie? Ao longo de seus 31 anos de existência, o Sistema Único de Saúde tem sofrido muitas mudanças, muito significativas que trazem melhorias para o sistema, em contra mão temos o Estado neoliberal que trás com sigo, todo o descaso para com a política de saúde, falta de recursos, publicização, terceirização resultando na precarização do SUS. Diante disso, qual será o futuro da saúde no Brasil? Neste sentido, foram apresentados e analisados dados obtidos na realização da pesquisa, tendo como objetivo coletar dados referente às principais dificuldades enfrentadas pelos usuários da Política de Saúde Pública frente a grande a grande procura por serviços de saúde na Clínica Escola da UNILEÃO, buscando opiniões e trazendo por meio de entrevistas aos usuários, suas inquietações no que se refere a esta temática. Para a coleta de dados o estudo foi do tipo qualitativo, com um estudo de campo que se deu por meio da entrevista semiestruturada com o universo de pesquisa de 40 usuários atendidos no período da tarde do dia 21 de novembro de 2019, trabalhando com uma amostragem 12 pessoas correspondente a 30% deste total. Todo esse percurso possibilitou a resposta de que o SUS se mostra apenas eficiente, que possui um caráter seletivo, e que para efetivação de Sistema de Saúde que venha atender a todas as necessidades do social, se faz necessário regatarmos a nossa consciência revolucionária e reivindicarmos os nossos direitos.

PALAVRAS CHAVE: Política de Saúde; Neoliberalismo; desafios.

ABSTRACT

This academic work addresses a debate on Health Policy in Brazil, seeking to analyze the difficulties faced by users of Health Policy, in view of the great demand for health services at the Clinical School of UNILEÃO in Juazeiro do Norte - CE. It presents in a chronological way the historical development of the Health Policy in Brazil, the process of struggles, challenges and achievements that contributed to the elaboration of the Federal Constitution of 1988 and the creation of the current Unified Health System, and how it sees itself being executed in the Your last 31, we had a progression or barbarism? Throughout its 31 years of existence, the Unified Health System has undergone many changes, very significant that bring improvements to the system, against the hand we have the neoliberal state that brings with me, all the neglect with health policy, lack of resources, publicity, outsourcing resulting in precariousness of the SUS. Given this, what will be the future of health in Brazil? In this sense, data obtained in the research will be presented and analyzed, aiming to collect data regarding the main difficulties faced by users of the Public Health Policy in view of the great demand for health services in the School Clinic of UNILEÃO, seeking opinions and bringing through interviews to users, their concerns regarding this theme. For data collection the study was qualitative, with a field study that was conducted through semi-structured interview with the research universe of 40 users attended on November 21, 2019, working with a sample of 12 people. corresponding to 30% of this total. This whole course made it possible to answer that the SUS is only efficient, has a selective character, and that in order to implement a health system that will meet all the needs of the social, it is necessary to regaturate our revolutionary conscience and claim the our rights.

KEY WORDS: Health Policy; Neoliberalism; challenges.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária de Saúde

CAPS - Caixa de Aposentadorias e Pensões

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde Municipais

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CFM - Conselho Federal de Medicina

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IRPF - Imposto de Renda de Pessoa Física

IRPJ – Imposto de Renda de Pessoa Jurídica

LOS - Lei Orgânica da Saúde

NASS - Núcleo de Apoio do Serviço Social

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS - Operacional de assistência à saúde

MEC - Ministério da Educação e Cultura

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

ONGS - Organizações não Governamentais

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

SIMPAS - Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SIMPAS - Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SAMDU - Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO I – Refere-se ao gênero dos participantes.....	47
GRÁFICO II – Refere-se à idade dos participantes.....	48
GRÁFICO III – Refere-se à renda dos participantes.....	49
GRÁFICO IV – Refere-se se existe UBS no bairro dos participantes.....	50
GRÁFICO V – Refere-se às principais dificuldades encontradas na rede pública de saúde frente a grande procura pelos serviços ofertados pela clínica escola da UNILEÃO.....	51
GRÁFICO VI – Refere-se à avaliação dos serviços ofertados pelo SUS.....	53
GRÁFICO VII – Refere-se à avaliação dos serviços ofertados pela Clínica Escola.....	54

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPITULO I - APESAR DE VOCÊ, AMANHÃ SERÁ OUTRO DIA: A CONSTRUÇÃO POLÍTICA DE SAÚDE E O PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO.	14
CAPITULO II- O QUE ESPERAR DA SAÚDE NOS PRÓXIMOS ANOS? O SUS NA CONTEMPORANEIDADE.....	26
CAPITULO III- ANÁLISE DA PESQUISA: O IMPACTO DO PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO NA VIDA DA POPULAÇÃO USUÁRIA DA CLINICA ESCOLA DA UNILEÃO EM JUAZEIRO DO NORTE-CE.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	58

INTRODUÇÃO

Com o advento da Constituição Federal de 1988 a política de Saúde foi incorporada no sistema de seguridade social demonstrando o cuidado que se deve ter no reconhecimento da saúde como direito social fundamental. Com efeito, compreende-se que está atrelado ao direito à vida, manifestada a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana.

Ainda baseado na lei constitucional, o Estado obrigou-se a prestações de serviços, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde de toda a sociedade, independente de raça, credo, classe social e local de moradia, uma vez que o conceito de Saúde hoje é bem mais amplo, em meio a esse contexto surgiram muitas inquietações.

Atualmente convivemos com as consequências de uma política que se sobrepõe ao coletivo, ao social em função da variável econômica. O neoliberalismo promove impactos na sociedade de maneira decisiva, já que prejudica as políticas públicas, não apenas a Política de Saúde, mas como: a educação, a previdência social, que são áreas bases da vida do cidadão construtor da sociedade.

Este estudo tem como principal enfoque analisar as dificuldades enfrentadas pelos usuários da Política de Saúde Pública, frente a grande procura por serviços de saúde na Clínica Escola da UNILEÃO, e ainda trazer respostas para toda essa demanda, buscando opiniões e trazendo por meio de entrevistas aos usuários, suas inquietações no que se refere a esta temática.

Essa indagação se fortalece quando se pensa que o Brasil possui um dos melhores sistemas de saúde do mundo, sendo considerado como modelo, que enfoca o cidadão em suas mais variadas facetas e necessidades, tendo o usuário um atendimento desde suas necessidades mais básicas em saúde até a alta complexidade.

Considerando que hoje o Sistema Único de Saúde passa por diversos impasses no que se refere a sua efetivação enquanto política pública, essa dificuldade que o SUS vivencia é compreendido enquanto consequência de uma má gestão, sofrendo rebatimentos do sistema capitalista.

Mesmo com todos esses amparos legais ainda existe uma carência na efetivação de tal política no quesito da universalidade; supremacia do atendimento às necessidades sociais; respeito à dignidade do cidadão; igualdade de direito no acesso ao atendimento; divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos; ainda existe uma grande dificuldade na

efetivação desses direitos para os cidadãos que se encontram em situação de vulnerabilidade social, pois o Estado cada vez mais corta gastos com o social, se desresponsabiliza de suas funções para com o trato da questão social, passando assim para a população como responsabilidade dela própria.

Dessa forma, esse trabalho justifica-se pela importância do entendimento do impacto dessa publicização da Política de Saúde no contexto neoliberal, principalmente na área da saúde, tendo como base no âmbito da Clínica Escola em Juazeiro do Norte, a qual é vital para a comunidade, mesmo sendo um serviço no qual para ser ofertado de qualidade pelo o Estado.

A presente pesquisa fora realizada na Clínica Escola do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. Foi ainda utilizado para a coleta de dados o estudo foi do tipo qualitativo, com um estudo de campo que se deu por meio da entrevista semiestruturada, com um estudo de campo que se deu por meio da entrevista semiestruturada, a análise dos dados se deu por meio de amostragem do universo, em que o todo se refere a 40 usuários no período de uma tarde dia, referentes a 21 de novembro de 2019, trabalhando com uma amostragem de 12 pessoas referente a 30% deste total.

Esta, estruturada por meio de três capítulos, desenvolvendo-se no primeiro apresenta de forma cronológica o desenvolvimento histórico da Política de Saúde no Brasil. O processo de lutas, desafios e conquistas que contribuíram para a elaboração da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde vigente, e como o mesmo vindo sendo executado nos seus últimos 31 anos após a Constituição Federal de 1988. Tivemos uma progressão ou barbárie.

O segundo capítulo vai debruçar uma discussão sobre o Sistema Único de Saúde, ao longo de seus 31 anos de existência, o Sistema Único de Saúde tem sofrido muitas mudanças, muito significativas que trazem melhorias para o sistema, em contra mão temos o Estado neoliberal que trás com sigo, todo o descaso para com a política de saúde, falta de recursos, publicização, terceirização resultando na precarização do SUS. Diante disso, qual será o futuro da saúde no Brasil.

O terceiro capítulo serão apresentados e analisados os resultados da pesquisa sobre referente às principais dificuldades enfrentadas pelos usuários da Política de Saúde Pública frente a grande a grande procura por serviços de saúde na Clínica Escola da UNILEÃO, buscando opiniões e trazendo por meio de entrevistas aos usuários, suas inquietações no que se refere a esta temática.

Apresentado por meio dos capítulos a forma que se encontra a Política da Saúde, seu processo construtivo, seus avanços, limites e desafios encontrados na atualidade. No que se refere a seu processo de fragilização.

CAPITULO I - APESAR DE VOCÊ, AMANHÃ SERÁ OUTRO DIA: A CONSTRUÇÃO POLÍTICA DE SAÚDE E O PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO.

O referido capítulo apresenta de forma cronológica o desenvolvimento histórico da Política de Saúde no Brasil. O processo de lutas, desafios e conquistas que contribuíram para a elaboração da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde vigente, e como o mesmo vindo sendo executado nos seus últimos 31 anos após a Constituição Federal de 1988. Tivemos uma progressão ou barbárie?

A política de saúde sofreu mudanças significativas durante esse período, e ainda hoje se fazem necessárias adaptações do sistema como um todo se levando em conta, a ideologia neoliberal e o descaso do Estado para com a Política de Saúde, que trouxe consigo, impactos aos direitos que asseguraram aos cidadãos.

O maior desafio da saúde pública no Brasil atualmente é a sobrevivência do SUS, salvar a saúde pública como direito. A saúde tem se tornado cada vez mais flexibilizada, ficando assim vinculada ao mercado privado, ferindo o seu princípio da universalidade, tendo como grande consequência o desmonte das políticas públicas e dos direitos sociais, onde o Estado passou a transferir a responsabilidade da distribuição de recursos de subsistência para a sociedade civil.

1.1 “O SUS QUE TEMOS O SUS QUE QUEREMOS:” UM PROCESSO DE LUTAS E DESAFIOS.

Para entendermos um pouco sobre a política de saúde no Brasil, se faz necessário fazer uma retrospectiva, enfocando o processo histórico, os marcos legais, os desafios, conquistas e perspectivas na conjuntura atual, sua ligação sócio-política e econômica que afeta os usuários dessa Política.

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no Século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas

iniciativas surgiram no campo da saúde pública. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário, reivindicando melhores condições de saúde buscando o seu reconhecimento enquanto classe. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, fruto de muita luta e movimentos sociais. (Braga e Paula, 1985:41-42).

Concorda-se com os autores, pois é a partir dessas reivindicações surge o movimento operário, no qual toda a classe trabalhadora se une para lutar por melhores condições de vida e de trabalho, pois o mesmo era em péssimas condições de segurança que ocasionava muitos acidentes, rale ressaltar as longas jornadas de trabalho.

O Decreto Legislativo 4.682/1923 conhecido também como a Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões- CAPS para os empregados das empresas ferroviárias, e oferecia assistência médica, medicamentos, aposentadoria e pensões. Após a promulgação desta lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência Social. (BRASIL, 2009).

Diante dessas circunstâncias do movimento operário e reivindicações por melhores condições de vida e de trabalho, em 1930, foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, as atenções predominantes do governo nesse período eram às ações de caráter coletivo, e a partir desta década que a ênfase governamental começa a aderir para a assistência médica individual. No dia 15 de janeiro de 1937, passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde e suas atividades passaram a ter um limite à administração da educação escolar, educação extraescolar e da saúde pública e assistência médico-social.

A década de 1930 é reconhecida como um processo de industrialização e urbanização, da luta por melhores condições de vida, saúde, educação, lazer, salário, segurança no trabalho e a redução carga horaria de trabalho exaustiva. Diante dessas manifestações é necessário se criar mecanismos para “acalmar” a classe trabalhadora.

Em 1953, o governo federal criou o Ministério da Saúde e tira do Ministério da Educação e Saúde as responsabilidades de administração destinadas a ela. A partir desse momento, passa a se chamar oficialmente de Ministério da Educação e Cultura- MEC pela lei n.º 1.920, de 25 de julho de 1953.

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O Setor de saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no

exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966. (BRAVO. 2009. p. 93-94).

A saúde no Brasil antes do SUS enfrentou tensão entre a ampliação dos serviços que temos atualmente, pois a saúde atendia apenas os empregados das empresas ferroviárias, os que não tinham dinheiro dependiam da caridade e da filantropia. Ausência de um modelo sanitário para o país deixava as cidades e as populações a mercê das epidemias. Para Marx (2003) surge a partir da propriedade privada e da divisão sócio técnica do trabalho. Para ele, o Estado produziria as condições necessárias para o desenvolvimento das relações capitalistas, em outras palavras, funcionaria como um comitê executivo das classes dominantes, ou seja, a burguesia. Ou seja, oferecia os serviços médicos aos trabalhadores, fazendo com que os mesmos estivessem em boas condições para exercer suas funções gerando cada vez mais capital.

A saúde no período de regime militar (1964-1985) sofreu com o corte de verbas e doenças como dengue, meningite e malária se intensificaram. Houve aumento das epidemias e da mortalidade infantil, até que o governo buscou fazer algo. Uma das medidas foi à criação do INPS lei 6439/77, que foi a união de todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930, reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência - SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social, a fim de melhorar o atendimento médico. Passou-se a enxergar a atenção primária de pacientes cada vez mais como responsabilidade dos municípios; os casos mais complexos eram responsabilidade dos governos estadual e federal. (BRASIL, 2013).

A saúde se deu mediante os movimentos sociais da classe trabalhadora almejando a efetivação de seus direitos, onde posteriormente passaram a ser organizados sindicatos. Ao fim de 1970, o movimento adquiriu maturidade através de uma série de estudos acadêmicos e práticos realizados, em faculdades de Medicina.

O Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social – SIMPAS, regulamentado pelo decreto de lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, atuando na concessão de benefícios além de prestações na assistência complementar e de readaptação profissional, trazendo consigo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS que surgiu em detrimento do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, e passou a ser responsável por prestar o serviço médico a sociedade.(BRASIL,2012).

O Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social – SIMPAS vem com o objetivo de transformar, ou seja, reformular ações desenvolvidas pelas entidades ligadas a previdência social, onde vai desenvolver apenas medidas administrativas sem quaisquer alterações e buscando, se necessária, uma estrutura compatível com novas realidades geradas pelo desenvolvimento.

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente (SOUZA, 2002, P. 25).

Constata-se segundo Souza (2002) é um sistema muito eficiente apesar da época, tendo em vista os sistemas anteriores a esse, mesmo com todos os entraves a um grande avanço para com essa política, entre tanto ainda falta muito para que ela chegue ao acesso universal e igualitário.

O sistema vigente não estava suprindo toda a necessidade de políticas públicas que carecia a sociedade, além de outros impasses que contribuíram com o surgimento de movimentos como o do regime militar e a crise da previdência social de acordo com Bravo (2009), foram buscadas diversas saídas que se deram por meio do I Simpósio de Saúde de 1979, e a Sétima Conferência Nacional de Saúde objetivando uma debate de modo a articular os ministérios de Previdência Saúde e Assistência Social, buscando amenizar os movimentos sanitários e dar um retorno ao provimento dos serviços básicos de Saúde.

É mediante grande parcela de contribuição social que em 1982 tem-se a aprovação do plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social, que envolve dentre os seus programas e projetos o Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS, quem vem oferecer assistência médica a população independente de contribuição com a previdência ou não, valorizando as atividades básicas buscando explorar o potencia da rede pública.

O princípio da saúde pública como direito, surge com o Movimento Sanitarista e a 8ª Conferência Nacional de Saúde 1986. O movimento sanitaria foi de grande importância para a evolução do direito à saúde no Brasil. Trouxe mudanças tanto para o sistema, como também para todo o setor de saúde, trazendo como resultado final a melhoria das condições de vida da população.

Ao fim da ditadura, as propostas da Reforma Sanitária saúde comunitária, clínica de família e pesquisas comunitárias, foram reunidas num documento chamado Saúde e Democracia, enviadas para aprovação do Legislativo. Uma das conquistas foi à realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde em 1986.

Momento de luta, pois pela primeira vez na história, foi possível a participação da sociedade civil organizada no processo de construção do que seria o novo modelo de saúde pública brasileira, um momento de ruptura com a velha visão de saúde que era curativa e imediatismo.

Essa conferência foi tão importante, pois desde o seu tema – “saúde como direito de todos e dever do Estado” teve como resultado uma série de documentos que basicamente esboçaram o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A conferência ampliou os conceitos de saúde pública no Brasil, propôs mudanças baseadas no direito universal à saúde com melhores condições de vida, além de fazer menção à saúde preventiva, à descentralização dos serviços e à participação da população nas decisões.

A polarização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível de consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8ª conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção. (BRAVO. 2009. p. 98)

Para Bravo (2009) a 8ª conferência nacional de saúde foi o acontecimento mais importante, teve como tema “saúde como direito de todos e dever do Estado” a conferência ampliou os conceitos de saúde pública no Brasil, propôs mudanças baseadas no direito universal com melhores condições de vida.

No ano de 1987 aconteceu a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS pelo Decreto nº 94.657, com um conceito bem mais amplo de saúde, sendo nada mais que uma estratégia para se chegar ao Sistema Único de Saúde – SUS, buscando uma melhor participação do estado, estabelecendo um gestor único de saúde em cada esfera de governo.

Tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Um momento muito marcante, pois, pela primeira vez o Governo Federal começou a repassar recursos para estados e municípios ampliando assim suas redes de serviços, anunciando a municipalização que viria com o SUS. (Brasil, 1987).

A Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente no ordenamento jurídico brasileiro. A saúde passa a ser um direito do cidadão e um dever do Estado de acordo com o Art. 196 da Constituição Federal de 1988. Inaugurando assim o sistema de proteção social pautado na concepção de seguridade social que universaliza os direitos sociais concebendo a saúde como direito de todos, assistência social para os que dela necessitar e previdência social de caráter contributivo. A Constituição ainda determina que o sistema de saúde pública deva ser gratuito, de qualidade e universal, isto é, acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil. Estabelece ainda que seu custeio deverá ser de recursos governamentais da União, estados e municípios, e ações governamentais subordinados a órgãos colegiados oficiais.

1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOS SEUS 31 ANOS: PROGRESSÃO OU BARBÁRIE?

A saúde no Brasil antes do SUS enfrentou tensão entre a ampliação dos serviços que temos atualmente, pois a saúde atendia apenas os empregados das empresas ferroviárias, os que não tinham dinheiro eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia ou entidades beneficentes. A Constituição Federal de 1988 representa um marco na democratização da saúde e dos demais direitos sociais. Passados 31 anos desde a introdução do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, o mesmo tem passado por avanços e retrocessos durante esse percurso, a seguir veremos uma linha do tempo até o SUS que temos atualmente.

Com a criação do sistema único de saúde- SUS se deu atrás da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços equivalentes. A primeira lei orgânica do SUS caracteriza os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; organização; direção e gestão e a competência e atribuições dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal, que é dividida a administração do Estado brasileiro. A Constituição Federal coloca em seu Artigo 194 que a seguridade social tem os seguintes objetivos:

- I - universalidade de cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III – seletividade e distributividade na prestação dos serviços e benefícios;
- IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V – equidade na forma de participação no custeio;

VI – diversidade da base de financiamento;

VII – caráter democrático e descentralizado da administração mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 2011, p.53)

Mesmo com todos os amparos legais da Constituição Federal e seus princípios constitucionais que caracterizam a seguridade social, nem todos os usuários tem acesso a esses serviços de forma igualitária ou de qualidade. O Estado tem cortado gastos com o social tornando assim não somente a política de saúde, mas como todas as políticas sócias precarizadas.

É óbvio que o Sistema Único de Saúde ainda não funciona como deveria e muito menos como é previsto e assegurado em nossa constituição federal de 1988. Não se tem a política efetivada de acordo com a lei, onde o princípios a igualdade e universalidade ainda devem passar por grandes mudanças, para que de fato seja efetivado, deixando de ser "lindo" somente no papel, e seja executado na pratica com qualidade e eficacia.

Posteriormente temos a lei no° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Estabelece os conselhos de saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde- CONASS e municipais Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS, criando assim o arcabouço jurídico do SUS.

No ano de 1991 foi criada a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, um espaço de articulação entre os gestores federal, estaduais e municipais, para a regulamentação e a operacionalização das políticas de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). É constituída, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS.

Dois anos após a criação da CIT, foi publicada a Norma Operacional Básica NOB-SUS 93. Tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização político-administrativo da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde. Estabelece diferentes níveis de responsabilidade e competências para a gestão do sistema de saúde, ratifica os organismos colegiados com grau elevado de autonomia, as comissões intergestoras tripartite e bipartite. Diante disso, os cidadãos foram

beneficiados com a incorporação de itens de alta complexidade, pois antes só quem tinha acesso eram as pessoas que contribuía para previdência.

A NOB/SUS de 96 ocasionou um avanço no processo de descentralização dos recursos federais, criando novas condições de gestão para os Municípios e Estados, consolidando a tendência à autonomia de gestão das esferas descentralizadas, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e Municípios. Os objetivos gerais da Norma Operacional Básica 96 foram:

O fortalecimento das instâncias colegiadas e da gestão pactuada e descentralizada, consagrada na prática com as Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde. As transferências fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para os fundos municipais de saúde, regulamentados pela NOB-SUS 96), com base na população e com base em valores *per capita* previamente fixados (BRASIL,2001)

A NOB-SUS 96 representa um grande e importante avanço no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização. Anula o modelo anterior da gestão propostos na NOB 93 anterior, e propõe aos municípios se engloba em dois novos modelos a Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Posteriormente em no ano de 2002 é editada a norma Operacional de assistência à saúde/NOAS-SUS, trata do processo de regionalização do SUS, de forma clara, da organização do sistema de saúde e do fortalecimento do papel dos estados como coordenador de um processo articulado de regionalização do SUS, ampliando o conceito de distribuição de recursos per capita, a partir de alocação microrregional, buscando resgatar o que a NOB 1996 deixou a desejar no que diz respeito ao processo de descentralização; busca ainda estabelecer mecanismos para garantia da integralidade da assistência através do fortalecimento da atenção básica.

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS/SUS articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, há ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica. A regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo (BRASIL,2001).

Diante disso nota-se a busca constante pelo aprimoramento dos serviços de saúde, para que ele funcione cada vez mais com qualidade e igualdade para todos.

A NOAS/SUS tem como objetivo promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de

saúde e de busca de maior equidade. Institui o Plano Diretor de Regionalização-PDR como instrumento de estruturação do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal (BRASIL,2001).

De acordo com essa linha do tempo que vimos anteriormente, muitas iniciativas foram tomadas para a efetivação do SUS em 1990, com ênfase na descentralização e municipalização das ações de saúde. Destacando assim com mais clareza, as diferenças regionais, ampliando o contato de gestores e profissionais da saúde com a realidade social, tanto administrativa como também política.

No início gestão do SUS era responsabilidade dos três níveis de governo, federal, estadual e municipal e as normas operacionais regulamentavam as responsabilidades dos diferentes níveis e como também as relações até 2006, momento que se instalou o Pacto pela Saúde, como um conjunto de reformas nas relações institucionais e o fortalecimento da gestão do SUS. Esse Pacto gerou mudanças nas relações entre os entes federais, e nos mecanismos de financiamento, tendo assim um aprimoramento do SUS.

O Pacto é composto por 3 componentes, cada um traz prioridades para todos os gestores: Pacto pela Vida trás compromissos das medidas que resultem em melhorias da situação de saúde da população brasileira, metas para serem alcançadas nos municípios, regiões, estados e no país. São seis as prioridades vigentes: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da saúde e o Fortalecimento da Atenção Básica.

Já Pacto em Defesa do SUS fundamenta-se em ações que contribuam para aproximar a sociedade brasileira do SUS, e tem como diretrizes: Repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS; Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito; Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

E Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL,2006).

Os pactos abordados são instituídos com o objetivo de somar, para que se obtenha um melhor desenvolvimento, nos quesitos de gestão, regulamentação, compromisso, atenção especializada, monitoramento e responsabilidade sanitária.

O SUS que temos atualmente não é o que está proposto no modelo de um sistema público e assegurado pela constituição federal. Durante esse tempo uma série de medidas e políticas foi sendo tomadas para que o SUS funcione com eficácia. Corte no orçamento público até mesmo no campo da gestão e da organização do sistema de saúde encontrou antagonismo durante essa trajetória. Ainda temos uma longa jornada para que o SUS possa vir a atingir todo o seu potencial que é assegurado na nossa Constituição Federal, mudança das condições de saúde e de vida dos brasileiros, mesmo com todos esses retrocessos e cortes, temos uma grande progressão na saúde pública do Brasil. E sem esse Sistema Único de Saúde vigente, abriria sim espaço para uma barbárie na vida da população usuária dessa política pública do nosso país.

Temos teoricamente e constitucionalmente assegurado direito a um dos melhores modelos de saúde do mundo gratuito, infelizmente apenas no papel, na prática se mostra ainda com muitas fragilidades e seletividade, onde as pessoas precisam atender um determinado perfil exigido pelo governo para ter acesso ao mesmo.

Atualmente o maior desafio da saúde pública no Brasil, é a sobrevivência do SUS, salvar a saúde pública como direito. A saúde tem se tornado cada vez mais flexibilizada, perdendo orçamento federal, não tem sido efetivada de acordo com o que está previsto na constituição federal, ferindo assim o seu princípio da universalidade.

1.3 NEOLIBERALISMO E O TERCEIRO SETOR

Partindo da implantação do regime Neoliberal no país no ano de 1990, verificamos que sua grande consequência foi o desmonte das políticas públicas e dos direitos sociais, onde o Estado passou a transferir a responsabilidade da distribuição de recursos de subsistência para a sociedade civil, fazendo surgir assim o chamado Terceiro Setor.

Os direitos sociais foram impressos no artigo 6º da referida constituição, e o Estado era em tese o principal propulsor em fornecer a toda população a saúde, a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social e a assistência aos desamparados na forma da constituição. Com isso a percepção de universalidade, direito e equidade nortearam para uma nova construção da política social, configurando assim um sistema de proteção social (GRIFO NOSSO).

Nos anos de 1990, no governo de Fernando Henrique Cardoso, inicia-se o processo de reforma do Estado, onde é implantado o sistema econômico Neoliberal. Essa proposta

neoliberal não se resume somente a questão econômica, mas também a questão política e social, baseada em uma tradição liberal do início do capitalismo. (NOGUEIRA, 2004).

Esse processo de reforma trabalhava em prol de redução do Estado mediante políticas de privatização, terceirização e publicização, com o intuito de alcançar um Estado ágil, menor e barato. Dessa maneira foi ocasionando um grande retrocesso nas políticas sociais, uma vez que o Estado diminuiu os gastos na área social. Desse modo as políticas sociais passam a ser fragmentadas e seletivas, o Governo transferiu a sua responsabilidade na gestão das necessidades e demandas do cidadão para as organizações da sociedade civil e para o mercado. Existe uma grande dificuldade na efetivação desses direitos para os cidadãos que se encontram em situação de vulnerabilidade social, pois o Estado cada vez mais corta gastos com o social, se desresponsabiliza de suas funções para com o trato da questão social, passando assim para a sociedade civil como responsabilidade dela própria.

Havendo assim o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido Plano propôs como principal inovação a reação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo às leis do mercado (Pereira, 1995).

O neoliberalismo no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais não só somente relacionado à política de saúde, mas também a direitos trabalhistas levando ao desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências à contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Costa, 1996).

Visto que com relação à gênese da trajetória das políticas de saúde no Brasil que a sua origem e desenvolvimento se deram num contexto contraditório e de tensionamento por diferentes projetos políticos a proposta de Política de Saúde, todos os avanços conquistados na Constituição de 1988 vão enfrentar os desafios da sua implantação ou de possíveis retrocessos. O cenário neoliberal que vai exigir do Brasil uma série de ajustes em sua economia e também no papel do Estado, representa uma ameaça para a implantação de tais conquistas.

Nesta década, é notória toda preocupação com a abertura comercial, ajustes fiscais, estabilização econômica, reformas, privatização de estatais entre outros. Essas questões vão exigir corte nos gastos públicos, ocasionado muitas vezes à desregulamentação das políticas e direitos sociais por meio da desresponsabilização do Estado e a transferência de responsabilidades para a sociedade civil e o terceiro setor. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil (GRIFO NOSSO).

Isto significa a redução do papel do Estado frente à execução destas políticas que são transferidas como responsabilidade para a sociedade civil e ou o Terceiro Setor. O Estado, segundo Netto toma a configuração de um Estado mínimo para sistemas públicos de proteção social, porém máximo para o capital (NETTO, 1993).

Verificou-se com relação à gênese da trajetória da política de saúde no Brasil que a sua origem e desenvolvimento se deram num contexto contraditório por diferentes projetos políticos, de um lado, o movimento sanitário e, de outro, a lógica de privatização que permanece ocorrendo até no cenário atual.

Behring e Boschetti (2006) Esse sistema posto em questão vai ocasionar o sucateamento da saúde e conseqüentemente o surgimento de Organização Não Governamental - ONG que são instituições criadas sem ajuda ou vínculos com o governo, geralmente de fundo social e sem fins lucrativos, ou seja, além de responsabilizar a população por uma parcela da efetivação da política de saúde o neoliberalismo ainda vai remeter a sociedade e responsabilizá-la pela promoção e oferta de serviços. Pois nem todas as pessoas possuem condições de financiar um serviço particular.

Isso faz com que, muitos procurem outros meios, alguns buscam serviços particulares, e os que não têm condições financeiras para custear tratamento particular na rede privada, vão estar submetidos a serviços voluntários visto que o Sistema de Saúde vigente não está conseguindo suprir a necessidade de toda essa demanda.

A afirmação da hegemonia no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego e estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. (BRAVO, 2009. p. 100.).

Seria necessário um acompanhamento dessa distribuição, ampliando a realização de conselhos e conferências de saúde buscando melhores condições, ou melhor dizendo, a efetivação nos nossos direitos pois ela vem pontuar o acompanhamento e reivindicações por meio dos conselhos e conferências de saúde como uma das saídas para atual conjuntura de saúde vivenciada.

O Estado corta gastos com o social, afirmando desenvolvimento do país aconteça a partir da perda ou diminuição de um direito básico e indispensável, no qual está contido em nossa Constituição Federal. É dever do Estado garantir a saúde e o bem estar do cidadão, e o neoliberalismo por outro lado, vem na contramão dessa conquista constitucional que foi adquirida a custo de muita luta e sacrifício.

No nosso atual governo além da falta de recursos, os novos projetos ameaçam o princípio da universalidade do SUS. Tem como objetivo reduzir ao máximo a atenção básica em saúde, ficando exclusivamente para aqueles que não podem pagar, para os demais não fica outra alternativa a não ser, a busca por atendimento na rede privada. Com aprovação da Emenda Constitucional 95, tem se agravado ainda mais a situação do subfinanciamento do sistema de saúde, na qual congelou por 20 anos os investimentos sociais, gerando agora um quadro de desfinanciamento, a saúde então fica oferecida da forma cada vez mais precária.

CAPITULO II- O QUE ESPERAR DA SAÚDE NOS PRÓXIMOS ANOS? O SUS NA CONTEMPORANEIDADE.

O Sistema Único de Saúde foi uma grande conquista da população brasileira, sendo reconhecido como um dos maiores modelos de saúde pública do mundo. Entretanto, a saúde pública no Brasil sofre desafios do mau gerenciamento e de falta de investimentos financeiros. Como resultado, temos um sistema em colapso, no qual não consegue atender as demandas que chegam diariamente.

A precarização advindo do ajuste neoliberal, a política de saúde passa a vivenciar diretamente os impactos, que vem na contramão ao princípio da universalidade do SUS, encontra respaldo legal para a expansão da privatização na saúde, gerando um

subfinanciamento do setor ampliando a precarização dos serviços de saúde. Atualmente no Brasil a luta é pela sobrevivência do Sistema Único de Saúde como direito de todos e dever do Estado, pois além da falta de recursos para com a política de saúde, os novos projetos ameaçam o princípio da universalidade do SUS.

Ao longo de seus 31 anos de existência, o Sistema Único de Saúde tem sofrido muitas mudanças, muito significativas que trazem melhorias para o sistema, em contra mão temos o Estado neoliberal que trás com sigo, todo o descaso para com a política de saúde, falta de recursos, publicização, terceirização resultando na precarização do SUS. Diante disso, qual será o futuro da saúde no Brasil?

2.1 A PRECARIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DESAFIO DE SER UNIVERSAL.

No ano de 1988, foi instituído ao Sistema Único de Saúde atender universalmente à população. A saúde apesar da ser um direito de todos e dever do Estado, previsto na Constituição Federal, ainda está longe de funcionar com devida eficácia. Após 31 anos, o SUS ainda não é capaz de atender com qualidade a todas as demandas.

Há novamente um retrocesso no campo da saúde, o Sistema Único de Saúde sofre com a precarização advindo do ajuste da política neoliberal, e passa a vivenciar diretamente impactos. A saúde passa por transformações como, ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário; grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo. “A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação (MOTA, 2009, p.100)”.

As propostas do neoliberalismo ganharam espaço no governo e cada vez mais vai se concretizando. Seguindo a perspectiva neoliberal a política brasileira, com o discurso de desenvolvimento para o país, o Estado passa a reduzir os investimentos nas políticas sociais transferindo parte de suas atribuições para a sociedade civil e rede privada, ou seja, vinculando-se ao mercado.

A saúde como um direito universal e igualitário desde de sempre esteve em disputa pela população brasileira e, mesmo com intensas resistências ao modelo privatista, a Lei 8.080 expressa em seu Art. 21 a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. O projeto

neoliberal, que vem na contramão ao princípio da universalidade do SUS, encontra respaldo legal para a expansão da privatização na saúde, gerando um subfinanciamento do setor ampliando a precarização dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Essa precarização se apresenta de diversas formas, grandes vazios assistenciais e deficiência na infraestrutura, equipamentos, a falta de profissionais e instabilidade nos vínculos trabalhistas, ausência de concursos públicos, terceirizações, e graves problemas de gestão e gerenciamento dos processos. Desde princípio, o SUS enfrenta vários problemas para garantir a execução dos seus serviços de saúde com eficácia para todos.

O princípio do SUS que mais avançou foi à descentralização, pois a ideia convergia para as propostas neoliberais (OLIVEIRA, 2006). A descentralização significa aproximar a gestão dos serviços de saúde da população usuária para fazer avançar a democracia e o controle social. Para o projeto neoliberal, significava transferir responsabilidades para os municípios, sem transferir recursos para favorecer o crescimento da iniciativa privada com fins lucrativos, a filantropia e o voluntariado. Na década de 1990, o SUS foi alvo das contrarreformas neoliberais que tem atacado o seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde (Correia, 2011, P. 43).

No instante em que o Estado transfere suas funções para a sociedade civil, está abrindo caminho para a iniciativa privada atuar nesta lacuna transformando os serviços públicos em mercadorias a serem adquiridas via mercado.

O que se percebe no atual contexto é que a privatização e a mercantilização passa a ser deslocado para outras esferas, como educação e saúde, assim, esses que são direitos constitucionais, transformam - se em um mercado, onde à produção de relações sociais se materializa em práticas humanas, que são orientadas pela racionalidade do capital. Diante, desse contexto os processos sociais estão se transformando e passando a serem pautados na produtividade e competitividade tornando a saúde subordinada ao mercado.

Neste contexto, vivenciamos atualmente a descaracterização do SUS e a fragilização da saúde resultantes das investidas do projeto neoliberal sob as políticas públicas através da infiltração de modelos de privatização na gestão destas políticas dos quais servem de exemplo Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público-OSCIP e das Unidades de Pronto Atendimento- UPAs. Todas, gerenciadas por instituições privadas que prestam serviços de interesse público. Trata-se de “arranjos entre o setor público e o setor privado que nem sempre são pautados em uma racionalidade ética inclusiva, onde a miserabilidade e as situações denominadas de vulnerabilidade social definem o objeto privilegiado das políticas

sociais” (NOGUEIRA, 2006). Portanto, temos a sociedade civil assumindo assim responsabilidades, nas quais eram pra ser atendidas pelo Estado, que corta gastos com o social e transfere parte de suas atribuições para a sociedade civil, que não tem alternativas a não ser arcar com esse descaso para com as políticas públicas.

Além de todos estes aspectos, existem outros que materializam a transferência de parcelas do setor público para o setor privado, concretizando uma ampla façanha do projeto neoliberal. Para o SUS este projeto significa também a entrega da gestão de unidades de saúde públicas isoladamente para diversas formas individualizadas de gestão (Organizações Sociais, empresas públicas, cooperativas, etc), significando a quebra do sistema de saúde; a focalização de políticas públicas de saúde e também é um severo golpe na universalização do sistema de saúde; e a contratação de pessoal de saúde por CLT impedirá a criação da carreira de médico ou de outros profissionais de saúde do SUS (SILVA, 2012).

É notório que a saúde pública no Brasil tem padecido com toda essa precarização, insuficiência de profissionais, infraestrutura precária e superlotação, essas são algumas das mazelas de um sistema fragilizado pela corrupção e pelo descaso do Estado não só com a política pública de saúde, mas com todas as políticas sociais. A falta e má administração dos recursos do SUS, de um lado a prioridade dada para a disciplina orçamentária com contenção de gastos sociais, e, de outro, o apoio à iniciativa privada, por meio de benefícios tributários.

O financiamento público ao mercado privado de saúde incluem a isenção tributária a hospitais privados credenciados por planos de saúde, deduções no Imposto de Renda de Pessoa Física- IRPF e de Pessoa Jurídica- IRPJ dos consumidores de serviços privados de saúde, financiamento de planos privados aos servidores públicos, e o não ressarcimento das operadoras privadas pelos serviços utilizados através do SUS, apesar de previsto em lei. (BRASIL, 2019).

Apesar da existência de um órgão do governo encarregado de regulamentar a ação dos planos de saúde, na prática o que se vê são seus representantes defendendo os interesses particulares em detrimento do SUS. A verdade é que as empresas de seguros de saúde financiam a campanha de muitos dos candidatos eleitos a cargos nos mais variados níveis de governo, garantindo assim sua representação. A contrapartida desse investimento seria a defesa de seus interesses por esses candidatos, nos diversos níveis do Congresso: apoio à saúde suplementar e sucateamento do SUS, com ampliação de isenções e deduções fiscais e aprovação de contratos e parcerias entre o SUS e os planos de saúde (BRASIL, 1999).

É preciso reacender o espírito da Reforma Sanitária, mobilizando todos os setores da sociedade, beneficiários do SUS, para ir à luta na garantia dos direitos constitucionais.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010, p.19)

Diante de todo esse descaso e sucateamento da Política de Saúde, se faz necessário sim reacender o espírito da reforma sanitária, em busca de melhores condições de vida, saúde e de trabalho, lutar pela sobrevivência do SUS, como direito universal e igualitário para todos os brasileiros.

Com impactos cada vez mais significativos para o Sistema Único de Saúde, a judicialização da saúde tem ocupado com frequência espaço nas discussões sobre a saúde pública brasileira. Entender como funciona a legislação sanitária e como se dão as decisões para cumprimento de ordens judiciais é fundamental para que todos os atores envolvidos encontrem uma maneira de juntos garantirem dentro das possibilidades do SUS o acesso da população a ações e serviços de saúde, fazendo cumprir o que está previsto no artigo 196 da Constituição Federal e nas demais leis sanitárias.

Seria necessário um acompanhamento dessa distribuição, ampliando a realização de conselhos e conferências de saúde buscando melhores condições, ou melhor, dizendo, a efetivação nos nossos direitos, pois ela vem pontuar o acompanhamento e reivindicações por meio dos conselhos e conferências de saúde como uma das saídas para atual conjuntura da saúde pública.

Atualmente no Brasil lutamos pela sobrevivência do sistema único de saúde como direito de todos e dever do Estado, pois além da falta de recursos para com a política de saúde, os novos projetos ameaçam o princípio da universalidade do SUS. Tem como objetivo reduzir ao máximo a atenção básica em saúde, ficando exclusivamente para aqueles que não podem pagar, para os demais não fica outra alternativa a não ser, a busca por atendimento na rede privada. Tendo assim para a saúde pública do nosso país um retrocesso, voltando assim a práticas filantrópicas.

No que diz respeito à crise econômica, social e política do Brasil, não há dúvida de que a dificuldade da luta pela saúde no país é enorme. Para enfrentá-los, devemos analisar cuidadosamente a história, o momento presente e as tendências divulgadas. Tais esforços

analíticos devem ser realizados em discussões abertas e diversas que enriquecem a participação social e a compreensão da realidade, a fim de alcançar consenso e consenso que contribuam para a mobilização de forças sociais e ações estratégicas que buscam proteger a saúde e o SUS.

Nesse sentido, o Brasil não possui um sistema de saúde verdadeiramente único, mas apenas um conjunto fragmentado de serviços que disputam os mesmos recursos. Além disso, priorizar o diagnóstico e o tratamento de doenças também prejudica a prevenção de riscos e a promoção da saúde, fornecendo serviços que refletem e reproduzem as desigualdades sociais e violam a integridade da conservação. A garantia do direito à saúde está longe de ser alcançada na vida cotidiana dos cidadãos, e há a persistência e o surgimento de problemas de saúde e lacunas e falhas de serviços que são inaceitáveis nas sociedades civilizadas.

A luta é pelo direito à saúde no Brasil em 2019, se faz necessário construir um projeto de desenvolvimento nacional. Tendo em vista que a saúde como um direito de todos. Requer investimentos em políticas que promovam o pleno emprego e de combate às desigualdades de renda, habitação de qualidade, saneamento e transporte público, no acesso universal a serviços de qualidade nas áreas de Educação, Seguridade Social e Segurança Alimentar.

2.2 PREVISÃO OU ACERTO? UMA VISÃO FUTURISTA DO SUS.

Ao longo de seus 31 anos de existência, o Sistema Único de Saúde tem sofrido muitas mudanças, muito significativas que trazem melhorias para o sistema, em contra mão temos o Estado neoliberal que trás com sigo, todo o descaso para com a política de saúde, falta de recursos, publicização, terceirização resultando na precarização do SUS. Diante disso, qual será o futuro da saúde no Brasil?

O SUS que temos não é o que foi proposto no modelo de um sistema público, e estar longe de atingir todo o seu potencial, como estar previsto na nossa constituição federal. Muitas medidas e políticas que se contrapõem ao seu princípio da universalidade, falta de recursos e cortes para com a política, disputas sobre qual o destino do orçamento público, no campo da gestão e da organização do sistema de saúde encontramos contradições dificultando que o mesmo venha a funcionar com eficácia e igualdade para todos.

Diante desse descaso do Estado para com a política de saúde, mas como também para com as demais políticas públicas, quem mais sofre é a população com esses cortes. Essa falta de recursos afeta também os trabalhadores, pois trabalham em condições cada vez piores, salários insuficientes, poucos profissionais para uma demanda muito grande que chega até os

hospitais, clínicas, UPAS- unidades de pronto atendimento e emergências. A falta de medicamento e equipamentos de trabalho para realizar exames ou procedimentos mais sérios. Na prática os trabalhadores do SUS atuam nessas condições, e que mesmo em meio a essa precarização do trabalho conseguem prover alguma atenção à saúde das pessoas que os procuram. (GRIFOS NOSSO).

No Brasil, a luta política por melhores condições de saúde e de assistência médica em todos os níveis de atenção é vital. Exige uma consciência profunda acerca da determinação social das doenças, das desigualdades do acesso de acesso aos serviços de saúde, do barbarismo da violência urbana e da tragédia cotidiana dos acidentes de trabalho e de trânsito. Esse quadro desafia o Estado a transformar a realidade epidemiológica e as instituições de saúde, visando à melhoria do bem estar da população brasileira. (OCKÉ-REIS. 2012. p. 11).

E nesse momento que a população mais precisa, o governo corta gastos com o social e transfere parte de suas atribuições para a sociedade civil. Isso resultou no que a população encontra no seu cotidiano, as unidades do SUS estão oferecendo cada vez menos horas de serviço, profissionais disponíveis, materiais e medicamentos.

A população, por sua vez, é quem sofre em seu cotidiano com as consequências direta desse Estado mínimo, todos sentem na pele essa precarização e descaso para com a política de saúde. A atual conjuntura brasileira faz com que as pessoas criem a falta de perspectiva de melhoria, com familiar ou amigos desempregados, quando não se é o próprio que está desempregado, fazendo com que o poder aquisitivo caísse.

A população em sua grande parte já vive sem saneamento, com dificuldade para pagar a passagem do transporte para chegar à unidade de saúde, que fica longe de sua residência, quando chega e não resolve seu problema, busca-se ser atendido na incerteza se vai conseguir, pois a quantidade de vagas é limitada para fazer um exame, conseguir o medicamento ou o tratamento receitado pelo médico. E quando finalmente encontram o local que possa fazer, muitas vezes ainda tem que ficar na lista de espera, na qual muitas vezes levam meses. (GRIFO NOSSO).

Essa situação expõe a enorme diferença do sistema único de saúde que se encontra na Constituição Federal de 1988, no cotidiano das pessoas que fazem uso dos serviços do SUS é totalmente contraditório na prática. O SUS foi concebido no modelo de um sistema universal de saúde para garantir maior eficiência, qualidade e melhor desempenho, mas na realidade não é tão bonita quanto estar escrito no papel.

Neste modelo, o direito à saúde é estabelecido para todos os cidadãos, num sistema organizado em rede, onde se prevê uma Atenção Primária de Saúde- APS realizada perto da casa das pessoas, que atua como o primeiro contato da população, isto é, a porta de entrada no sistema, que atua como ordenadora do cuidado de saúde garantindo um vínculo com o paciente. O modelo proposto para o SUS pressupõe uma APS integrada na rede de serviços composta por ações desenvolvidas, políticas que as orientam, pessoas que executam as ações e os serviços, equipamentos de qualidade, unidades de saúde ligadas e organizadas numa região. Tendo em vista que só funcionam como rede se estiver de fato interligados, transitando a comunicação para as pessoas (BRASIL, 2014).

Segundo esse principio a saúde é um direito de todos e é um dever do Poder pública a promoção de ações e de serviços que lhes garantam a universalização, todavia, não que dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde. A universalização, diferentemente, coloca o desafio de oferta desse serviço e ações preventivas e reduzindo tratamento de agravos. Não obstante de acesso universal, eficiente, eficaz e efetivo aos serviços e às ações de saúde ser um processo em construção, onde há muito trabalho a ser feito. (BRASIL, 200, p30)

Entretanto, desde sua criação o SUS e toda a proteção social brasileira não recebem o investimento previsto na Constituição, que seja capaz de suprir todas as demandas que chegam até a política de saúde. E mesmo assim, com todos os cortes aos direitos sociais, sua implantação resultou no que vimos agora após 31 anos, que são imensas melhoras nas condições de saúde e de vida da população, pois a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, tendo assim um rompimento com aquela velha saúde curativa de cunho caritativo.

O corte com política de saúde já podem ser observadas nas ruas, é alarmante o agravamento dos problemas sociais em praticamente todo território nacional, com aumento da violência, das pessoas em situação de rua, agravamento da doença de saúde mental depressão e ansiedade, aumento da taxa de suicídio, o aumento de doenças infecciosas e das crônicas não transmissíveis, retorno de doenças que haviam sido erradicadas e que voltaram para a população brasileira, todo esse descaso com a saúde só gera novas dificuldades e problemas para a população e o agravamento das que já existem.

A crise vigente impõe a necessidade de maior exigência de qualidade e eficiência da proteção social e do seu potencial de contribuir positivamente para o desenvolvimento econômico do país, justamente para poder sair da crise. Devendo ser feito para isso é a retomada do investimento na saúde e na educação pública de forma articulada aos problemas

da cidade, que é onde praticamente todas as pessoas vão morar nos próximos anos, como mostram as projeções populacionais e os movimentos migratórios internos no Brasil.

Este quadro contrapõe-se ao do Brasil, onde a realidade é radicalmente oposta: a imensa maioria da população não tem condições de comprar com o seu próprio salário e/ou renda, bens e serviços sociais no mercado. Parcelas expressivas de pessoas estão impedidas de pagar um plano privado de saúde, por exemplo, ou de arcar com os custos financeiros de um programa habitacional regido exclusivamente pelas leis do mercado. (FAGNANI. 2009. p. 120).

Medidas devem ser tomadas para tratar de garantir investimento em um saneamento, investimentos na área da saúde com mais médicos, medicamentos, equipamentos e mais unidades de saúde que ofereçam serviços de qualidade para a população. Tudo isso influencia nas condições de saúde e de vida da população e, no médio prazo, contribuem ao desenvolvimento do país pelo emprego gerado, além de, no longo prazo, de sustentabilidade econômica, uma vez que a maior parte da população terá bons empregos e, portanto, estará contribuindo de forma positiva para que as pessoas tenham estabilidade financeira (GRIFO NOSSO).

A solução passa também por construir uma política pública que articule os serviços da proteção social de modo que potencialize os espaços urbanos e desafogue as grandes cidades, garantindo a oferta dos serviços nas cidades médias como estímulo para o desenvolvimento de mercado de trabalho e migrações para territórios com maior perspectiva de qualidade de vida.

A especificidade da nossa situação de subdesenvolvimento impõe enorme distância entre o Brasil e os países industrializados, de capitalismo maduro, nos quais a maioria da população está integrada e possui renda para acessar diretamente no mercado bens e serviços sociais de que necessita. Nestes países, um contingente populacional relativamente menos expressivo é considerado pobre e encontra-se à margem do mercado. (FAGNANI. 2009. p. 119-120).

Parte dessa construção não precisa ser com novos investimentos, ao contrário, pode ser realizada melhoria na oferta dos serviços públicos que já são ofertados, de forma a aperfeiçoar o seu uso articulado entre os diferentes setores no espaço urbano e, ao mesmo tempo, aperfeiçoar seu acesso e uso, pois esses serviços estão longe de funcionar com todo o seu potencial.

Compreendendo todo o abordado, o fato histórico nos faz prever que nesses anos futuros (próximos quatro anos) não encontramos melhoria para a política de saúde, pois além da falta de recursos, os novos projetos ameaçam o princípio da universalidade do SUS. Tem

como objetivo reduzir ao máximo a atenção básica em saúde, ficando exclusivamente para aqueles que não podem pagar, para os demais não fica outra alternativa a não ser, a busca por atendimento na rede privada.

O Sistema Único de Saúde é entendido como mais que uma série de serviços e políticas para assistência à saúde, mas um verdadeiro projeto civilizatório para o Brasil deve permitir toda uma crítica da realidade social e, por isso mesmo, auxiliar com propostas para modificar a sociedade. Apenas a Política de Saúde como um direito universal, financiado e assegurado pelo Estado, que tenha capilaridade nacional e compromisso primeiro com a vida e com a dignidade da vida das pessoas, podendo assim promover mudanças significativas para melhoria da saúde no país.

O setor privado, nacional ou internacionalmente, não conseguiu estabelecer-se como uma rede integrada de serviços e políticas que possa atender a toda complexidade de vida das pessoas, seu orçamento dependente de subvenções públicas, sua estratégia de mercado, cada vez mais financeirizada, sua segmentação de atenção à saúde entre consumidores e beneficiários do setor público, sua dependência das redes do SUS, o tornam incompetente para protagonizar as mudanças de que o Brasil necessita.

O reconhecimento da categoria sujeito, a não dissociação de ações coletivas e individuais, a compreensão de que nossas práticas não operam apenas na dimensão da técnica senão somente a partir dela, mas que precisam de outras variáveis para permitir tanto o reconhecimento quanto o desenvolvimento da autonomia são fatores importantes para ganharmos em eficácia das nossas intervenções. (ONOCKO CAMPOS Et CAMPOS. p. 731).

Faz-se necessário que toda a população se organize em conselhos municipais e distritais de saúde, e reacenda o espírito dos movimentos sociais que não se calam diante desses cortes e falta de recursos e a falta de seus direitos efetivados pela constituição, de acordo com o discorrido acima entende-se que hoje não carecemos mais de políticas e sim da efetivação com melhoria nas que já temos, mas para que isso ocorra precisa-se mais ainda de atitude e mobilização da sociedade buscando a efetivação de seus direitos, negligenciados pelo Estado.

2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: OS DESAFIOS NA CONTEMPORANEIDADE.

O Serviço Social emerge como profissão devido ao agravamento das mazelas sociais, assumindo a função de executor das ações sociais, de cunho caritativo destinado à população

pauperizada, ou seja, a classe trabalhadora tinha como objetivo amenizar os conflitos entre a classe proletária e a burguesia. Desde sua origem o Serviço Social encontra-se em meio ao antagonismo dos interesses entre as duas classes sociais.

Nos anos de 1960 os Assistentes Sociais começaram a se questionar sobre sua atuação, respaldados nos princípios da igreja católica e conservadorismo que impulsionava o fazer profissional na época. Diante disso se iniciou na categoria o movimento de reconceituação, que buscou a ruptura com a prática do Serviço Social tradicional, com o respaldo das ciências sociais e humanas na época, e teve como resultado a definição da direção política e ideológica da profissão. O profissional assume o compromisso com a defesa de direitos da classe trabalhadora, tendo em vista à construção de uma nova ordem societária incorporados ao Código de Ética Profissional em 1993. “Na década de 1980 o Serviço Social aproxima-se da tradição marxista, principalmente no âmbito da Universidade, e a atuação e intervenção permanecem até a década de 1990 com reflexos incipientes desse amadurecimento teórico-crítico, constatados pela desarticulação da categoria com Movimento da Reforma Sanitária e pouca produção em relação à demanda do Serviço Social no âmbito da Saúde (CFESS, 2010)”.

Portanto, o trabalho do assistente social na saúde foi marcado por uma prática educativa voltada para higiene social, além de lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Os assistentes sociais atuavam em hospitais com a função de colocar-se entre a instituição e a população a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, suas ações eram realizar plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, autorização de benefícios e orientação previdenciária.

Na mesma época em que o Serviço Social passava por este processo de renovação e amadurecimento teórico, o Brasil encontrava-se em um momento de grande efervescência política pelo fim da ditadura militar e a redemocratização do país, onde o movimento de reforma sanitária ganha força, lutando pela universalização do acesso a saúde como direito de todos e dever do estado.

O Serviço Social recebia as influências dessa conjuntura de luta política, contudo a preocupação central da categoria nesse momento era a disputa pela nova direção a ser dada a profissão, por esse motivo não foi identificada uma participação diretamente ligada ao movimento pela reforma sanitária (BRAVO; MATOS, 2009, p. 204).

A efetivação dos avanços alçados pela Constituição Federal de 1988 é interrompida pela implantação do ideário Neoliberal no Brasil nos anos 1990. Neste período o Brasil

enfrenta uma grande crise, trazendo também de grandes mudanças para o mundo do trabalho que se torna cada vez mais precário e flexibilizado, tendo como resultado o desemprego estrutural, redução de gastos com as políticas sociais no país.

No âmbito da saúde verifica-se o incentivo, por meio de diversas ações, à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, como: a transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; o rompimento com o princípio da universalidade, através do subfinanciamento do sistema que prevê assistência mínima aos que não podem pagar o acesso a saúde; e a terceirização dos serviços ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico, através da contratação de prestadores privados (BRAVO; MATTOS, 2004).

A saúde tem se tornado cada vez mais flexibilizada, ficando assim vinculada ao mercado privado, ferindo o seu princípio da universalidade, tendo como grande consequência o desmonte das políticas públicas e dos direitos sociais, onde o Estado passou a transferir a responsabilidade da distribuição de recursos de subsistência para a sociedade civil.

Assim, é importante destacarmos que as possibilidades criadas pela instauração do SUS e o neoliberalismo cortando gastos com a política de saúde, se faz necessário uma prática crítica do Serviço Social, criticidade essa alcançada pela profissão alcançada através do movimento de reconceituação e com a elaboração do seu projeto ético- político e do Código de Ética de 1993.

Nesse sentido Lessa (2011) ressalta que as transformações nas últimas décadas têm levado a significativas mudanças na prática dos assistentes sociais na área da saúde, fazendo-os assumir novas posturas. Ou seja:

Hoje, vive-se um momento em que novas e velhas posturas e práticas dos profissionais convivem cotidianamente. Muitas das atividades do serviço social passaram a ter novas funções dentro do sistema (refuncionalização das tradicionais práticas do serviço social), colaborando para implementação do SUS. Outras ações tradicionais permanecem reforçando elementos do modelo anterior que ainda não foi superado, como a lógica hospitalocêntrica. (LESSA, 2011, p. 88)

Diante desse contexto antagônico em relação à consolidação do SUS a inserção do serviço social na Saúde, trás para a profissão diferentes demandas para atuação, onde o capitalismo insere diversas barreiras no cotidiano do assistente social, o mesmo deve enxergar as contradições postas no seu cotidiano profissional atentamente, para não retroceder e cair em praticas de cunho caritativo.

Segundo o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010) os profissionais são direcionados pelo projeto privatista a trabalharem “a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais”, e em contrapartida, o projeto de Reforma Sanitária apresenta como principais demandas do serviço social na saúde questões como: “democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular” (CFESS, 2010, p. 26).

O trabalho do assistente social nos dias atuais tem sido marcado por constantes desafios e limites tornando cada vez mais difícil o exercício de uma prática crítica, ao mesmo tempo em que há uma ampliação dos espaços sócio ocupacional e uma mudança significativa na concepção de saúde, a terceirização, privatização e as parcerias público-privadas tem tornado a saúde vinculada ao mercado, de modo que flexibiliza os vínculos empregatícios e assim diminui a autonomia profissional, tornando as condições de trabalho cada vez mais precarizado, inseridos em uma realidade contraditória onde em meio ao aumento da demanda por direitos sociais, há a redução do financiamento das políticas sociais, devido ao Estado neoliberal que constantemente corta gastos com o social.

É evidente, a importância do trabalho do Assistente Social para consolidação do SUS. A preocupação central do Serviço Social na saúde deve ser a identificação dos impasses existentes para a efetivação do projeto de reforma sanitária e do projeto ético político. Para Costa (2009), “o assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, o que nos leva a crer que o seu principal papel é assegurar a integralidade das ações”.

As condições que peculiarizam o trabalho do assistente social são uma concretização da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade. Como as classes sociais só existem em relação, pela mútua mediação entre elas, o trabalho profissional é necessariamente polarizado pela trama de suas relações e interesses, tendendo a ser cooptado pelas que têm uma posição dominante. Reproduz, também, pela mesma atividade interesses contrapostos, que convivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital e do trabalho, e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, da reprodução do antagonismo desses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o motor da história (IAMAMOTO, 2008, p. 170).

Portanto, o Serviço Social enquanto profissão tem como compromisso ético e político a defesa intransigente dos direitos sociais e da classe trabalhadora no processo da luta por seus direitos a saúde pública de qualidade, pautada nos princípios da universalidade, integralidade, autonomia, igualdade para todos. O assistente social em meio à falta de recursos e descaso do Estado para com a política de saúde, é um profissional que ver além do que estar posto, tendo uma compreensão maior da realidade onde o sujeito está inserido, e assim podendo atuar diante das demandas que chegam até eles.

Assim, Serviço Social numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde, formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político, pois o mesmo apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões, tanto no planejamento, na gestão e execução de políticas, programas e serviços sociais no sentido de ampliar o acesso aos direitos sociais.

Os assistentes sociais estão sendo desafiados com atual conjuntura política e econômica, os cortes constantes não só com a política de saúde, mas também com os direitos sociais no geral, torna-se cada vez mais desafiador o fazer profissional no cotidiano. Se faz necessário ampliar os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

CAPITULO III- ANÁLISE DA PESQUISA: O IMPACTO DO PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO NA VIDA DA POPULAÇÃO USUÁRIA DA CLINICA ESCOLA DA UNILEÃO EM JUAZEIRO DO NORTE-CE.

No contexto atual do Sistema Único de Saúde, compreendemos que nos seus 31 anos de existência apresentou uma amplitude no que diz respeito aos direitos sociais assegurados constitucionalmente, mas que, a sociedade vem sofrendo com o descaso do Estado, que tornou o sistema fragilizado, devido a não efetivação integral dos serviços, bem como de seus direitos, como de fato deveriam ocorrer.

Neste sentido, foram apresentados e analisados neste capítulo os dados obtidos na realização da pesquisa, tendo como objetivo coletar dados referentes às principais dificuldades enfrentadas pelos usuários da Política de Saúde Pública frente a grande procura

por serviços de saúde na Clínica Escola da UNILEÃO, buscando opiniões e trazendo por meio de entrevistas aos usuários, suas inquietações no que se refere a esta temática.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO METODOLÓGICO.

O Centro Universitário Leão Sampaio- UNILEÃO dispõe de uma Clínica Escola, que fica localizada a Rua Ricardo Luiz Andrade, N°311 no, Bairro Lagoa Seca em Juazeiro do Norte Ceará, onde disponibiliza diversos atendimentos gratuitos a sociedade, atendimentos voltados para a: serviço social, psicologia, direito, fisioterapia, biomedicina e odontologia, ao mesmo tempo em que abre espaço para um local onde os discentes da instituição podem ter um contato com a prática da profissão no estágio supervisionado disponibilizado pela UNILEÃO.

A Clínica Escola se configura enquanto uma instituição privada que atende a comunidade, atendendo a demanda apresentada em detrimento da fragilidade no nosso Sistema Único de Saúde, e também possibilita aos estagiários maior conhecimento levando em consideração como instancia do processo de formação profissional, o que impõe vinculação com as Diretrizes Curriculares, buscando a compreensão dos fatos e dos personagens que fizeram e fazem parte desse meio, é um local onde são realizados diversos atendimentos.

Dentre esses, o Serviço Social também dispõe do Núcleo de Apoio do Serviço Social - NASS, que vai realizar atendimentos por meio de ações sócio assistenciais, elaborando e problematizando os relatórios sociais, de modo a orientar e encaminhar os usuários para a rede sócio assistencial do município, o NASS veio somar em torno de suas atividades, atendimento por meio de entrevista social e ações sócias assistencial do município, realizando reuniões de equipe para estudos de textos relacionados ao cotidiano e a política de saúde, proporcionando a ampliação de direitos, socializa informações acerca dos direitos do usuário da saúde, tais atividades são desempenhadas pelos Assistentes Sociais e as equipes de estagiários em supervisão.

Para a realização desde trabalho foi utilizada a pesquisa bibliográfica, que é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. (FONSECA, 2002, p. 32)

Para a coleta de dados o estudo foi do tipo qualitativo, com um estudo de campo que se deu por meio da entrevista semiestruturada, de acordo com Richardson (2014), a pesquisa qualitativa vai nos possibilitar descrever, compreender e explicar a realidade observada, com enfoque na satisfação dos usuários com a teoria e prática do sistema único de saúde – SUS.

Segundo Richardson (2014), a pesquisa é considerada um procedimento formal que possui seus métodos que pensam objetivando a reflexão dos fatos, que carece de um tratamento científico, que pode ser constituída no percurso para se conhecer a realidade ou verdade, ou ainda vai além de apenas procurar a verdade, mas, resulta na descoberta das respostas para as perguntas postas em questão.

A pesquisa foi realizada na Clínica Escola da UNILEÃO, no período do mês de Novembro de 2019. A análise dos dados se deu por meio de amostragem do universo, que segundo Richardson (2014), é um campo bastante sofisticado da estatística, que estudam técnicas de pesquisas possibilitando inferências sobre o universo a partir de uma pequena parte do todo.

O universo da pesquisa refere-se há 40 usuários, estes sendo o público atendido em toda a Clínica Escola no período de um dia, referente a 21 de novembro, de modo que foi trabalhado com uma amostragem correspondente a 30% deste total, equivale a 12 pessoas entrevistadas, após a obtenção dos dados, foram analisados, interpretados e quantificados através de uma análise estatística objetivando maior êxito nos resultados obtidos.

A referida pesquisa tem por base o método dialético crítico, e fundado na Teoria Social de Marx, que segundo (NOGUEIRA, 2002), é possível observar que ao mesmo tempo em que ele vai construindo, teoricamente, as conexões e o movimento do objeto na sua totalidade, também vai demonstrando os vários aspectos que compõe este objeto, o modo como estes se relacionam e constroem suas determinações.

A dialética fornece as bases para uma interpretação da dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. Por outro lado, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma. Assim, as pesquisas fundamentadas no método dialético distinguem-se bastante das pesquisas desenvolvidas segundo a ótica positivista, que enfatiza os procedimentos quantitativos. (GIL, 2007, p.32).

O método de abordagem utilizado tem suma importância, uma vez que, analisa o mundo como um conjunto de coisas inacabadas e que estão sempre em transformação. Vertente

adotada, por entender que é a única, que possibilita a percepção dos desdobramentos do real em sua totalidade.

3.2 A SAÚDE: ACESSO OU NEGAÇÃO?

Todo mundo sabe qual é a verdadeira situação do sistema público de saúde brasileiro. Muitas pessoas confiam no Sistema Único de Saúde para atender às suas necessidades médicas mais básicas, mas a situação precária dos hospitais em todas as partes do país sofre com o descaso do Estado para com a política pública de saúde.

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores sócios econômicos e culturais como determinantes da saúde, e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material (PINHEIRO, MATOS, 2001).

Vale enfatizar o atendimento integral, indica outro aspecto central para o trânsito do direito real à saúde. Porém o que se nota é descaso, filas de espera dos hospitais públicos para consultas, exames e cirurgias levam vários meses e muitas vezes os pacientes morrem antes mesmo de ser atendido.

Charge 1- Fila de espera nos hospitais públicos.



Fonte: <https://www.facebook.com/604128782934177/photos/a.681616695185385/152422749>

0924297/?type=3&theater

A ilustração a cima retrata a busca por atendimento especializado nos hospitais públicos, essa é a dura realidade do nosso sistema de saúde brasileiro fragilizado, onde as pessoas se veem obrigados a esperar em longas filas, por um leito hospitalar e depois assim ter acesso ao tratamento adequado.

Muitas pessoas sofrem com essa realidade, passam meses na espera por um procedimento que pode salvar suas vidas, ou pelos menos prolongar pormais tempo tendo acesso a serviços de saúde com qualidade. Segundo dados dos últimos anos, o número de pessoas que morreram na lista de espera do SUS para cirurgia está aumentando constantemente, pois se passam anos e não se tem acesso ao serviços.

Segundo uma pesquisa realizada pela Conselho Federal de Medicina-CFM, que foi possível graças à Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527 de 2011), constatou que existem pessoas esperando por uma cirurgia há mais de 10 anos. As que são do tipo emergencial devem demorar o mínimo de tempo para que vidas possam ser salvas sem maiores riscos.

Na verdade, o incremento da eficiência não deve ser tomado como desculpa para cortar recursos financeiros ou organizacionais do SUS, bem como as filas em um sistema universal de saúde não podem servir como justificativa para restringir o acesso. A rigor, considerando-se o custo de oportunidade relativo á alocação de recursos para a saúde (tomando-se em conta sua destinação a outros setores sociais), a melhor prática se parecia com aquela ação racional realizada para ‘valorizar o dinheiro’ na execução dos serviços médico-hospitalares, prestando com o objetivo de garantir e melhorar as condições de saúde da população (melhor alocação, incentivos contratuais, meio ambiente e tecnologia adequada, incremento da produtividade, corte de desperdícios, combate á corrupção etc.). (OCKÉ-REIS, 2012. p. 28,29).

Ao longo dos anos, é impossível negar que o SUS não apenas se desenvolveu significativamente, mas também que a qualidade dos recursos foram reduzidos, como falta de especialistas qualificados, falta de medicamentos nas farmácias públicas, filas para consultas e cirúrgias. O SUS foi criado para atender às necessidades da população, mas atualmente sofre com o descasdo dos seus gestores.

Charge 2- Falta de recursos na política pública de saúde.



Fonte: <https://www.facebook.com/604128782934177/photos/a.681616695185385/1524239314256448/?type=3&theater>

A saúde é uma das principais preocupações do brasileiro, que tem a pretensão de atender a todos os brasileiros, sem distinção. Nos últimos tempos tem apresenta falhas, filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde, falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população, falta de equipamentos e infraestrutura inadequada, como também escassez de recursos financeiros para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência.

De acordo com o “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”, apesar de ser garantido pela Constituição Federal de 1988, tem se tornado cada vez mais difícil à saúde pública atender a todos, o Brasil é um dos países que menos investe em saúde, o problema da saúde no Brasil não é apenas de financiamento, mas também de gestão dos recursos com fraudes e corrupção. (Brasil, 1988, p.3).

Não se pode negar que o SUS passa por um processo de declínio total hoje, o que leva a contradições nos direitos constitucionais garantidos aos cidadãos, quando negam acesso à política de saúde. O sistema não fornece suporte suficiente para atender às necessidades de todas as demandas; portanto, o Estado estar cada vez mais reduzindo os recursos financeiros para a saúde e abrindo espaço para o crescimento de serviços privados.

Segundo Marx (2003) este capitalismo exacerbado por sua vez, nunca colocou a saúde em um lugar central dentro da sua política de desenvolvimento, sendo esta política sempre

deixada a mercê do sistema, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.

No instante em que o Estado transfere suas funções para a sociedade civil, está abrindo caminho para a iniciativa privada atuar nesta lacuna transformando os serviços públicos em mercadorias a serem adquiridas via mercado.

O que se percebe no atual contexto é que a privatização e a mercantilização passa a ser deslocado para outras esferas, como educação e saúde, assim, esses que são direitos constitucionais, transformam - se em um mercado, onde à produção de relações sociais se materializa em práticas humanas, que são orientadas pela racionalidade do capital. Diante, desse contexto os processos sociais estão se transformando e passando a serem pautados na produtividade e competitividade tornando a saúde subordinada ao mercado.

A saúde pública no Brasil provou ser um verdadeiro martírio para o povo brasileiro. A superlotação que leva à falta de trabalhadores qualificados, infraestrutura e filas deficientes faz parte do problema dos sistemas enfraquecidos pela corrupção e negligência nacionais.

Charge 3- Falta de médicos.



Fonte: <http://agresteemfoco.blogspot.com.br/2014/07/charge-do-dia-saude-no-brasil.html>

O Sistema Único de Saúde é reconhecido internacionalmente como um dos programas de saúde pública mais eficiente do mundo, mas o mesmo vem enfrentando nos últimos anos desafios, a exemplo disso temos o subfinanciamento. Sabendo disso, arcar com um serviço de alto custo para uma população numerosa e crescente, se torna cada vez mais difícil manter essa política de qualidade, uma vez que, o Estado corta gastos com o social. O número de

leitos em hospitais é insuficiente, falta de equipamento e infraestrutura inadequada são problemas que os brasileiros enfrentam na saúde pública todos os dias, sofrem além de tudo com a falta de médicos e outros especialistas.

Ao precisar de atendimento na saúde pública, a população reclame, e muito, da falta de médicos. O que conta aqui é o senso comum, que ganha credibilidade ao ser constatado na prática. A verdade, porém, não reside na falta de médicos, como constata o professor Mário Scheffer, da Faculdade de Medicina da USP, coordenador do estudo Demografia Médica no Brasil – 2018, realizado pela Universidade de São Paulo a partir de dados provenientes dos conselhos federal e regional de medicina.

De acordo com ele, o Brasil nunca contou com um número tão elevado de médicos, “o que não quer dizer que esses profissionais estão onde a população mais precisa”. Na verdade, o que Scheffer quer dizer é que existe uma distribuição desigual dos médicos em nosso país, uma má distribuição que é tanto geográfica quanto existente também no interior do sistema, uma vez que a falta de médicos é uma realidade no setor público, mas não no setor privado de saúde.

A saúde é uma política social que foi estabelecida através de muitas lutas em meios a interesses contraditórios, esse direito agora é constitucionalmente garantido pela constituição federal de 1988. Somos fornecedores de financiamento das políticas públicas, mas, infelizmente, a maioria de nossas políticas é inacessível devido à falta de recursos e fiscalização da gestão dessas políticas, em especialmente de assistência médica, que atualmente não tem suporte para atender a todas as demandas.

Para enfrentar a falta de médicos é se faz necessário a redistribuição de profissionais, mais recursos financeiros e a fiscalização da gestão, abrindo assim vagas de emprego, pois se torna viável a contratação de novos profissionais para atender as demandas que chegam todos os dias no SUS.

3.3 RESULTADOS DA PESQUISA: A REALIDADE E SEUS DESAFIOS.

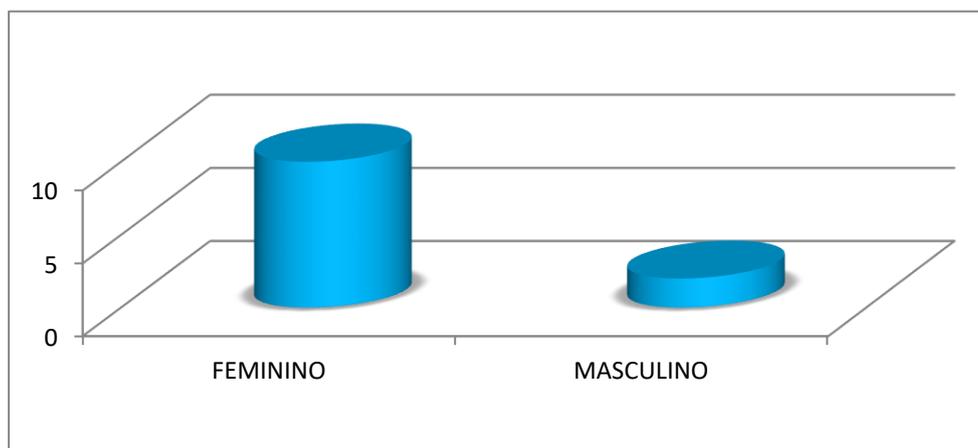
No presente estudo foram apresentadas as análises dos resultados da pesquisa em questão. Neste sentido será destrinchado de forma detalhada as ações desenvolvidas para melhor apreensão de seus resultados, visando compreender as principais dificuldades enfrentadas pelos usuários da política de saúde.

Tendo como objetivo coletar dados referentes às principais dificuldades enfrentadas pelos usuários da Política de Saúde Pública frente a grande procura por serviços de saúde na

Clínica Escola da UNILEÃO, buscando opiniões e trazendo por meio de entrevistas aos usuários, suas inquietações no que se refere a esta temática.

Serão analisadas falas de usuários atendidos na Clínica Escola e estarão expressos no texto com nomes de pedras preciosas.

GRÁFICO I: GÊNERO



Fonte: Primária, 2019

O Gráfico I mostra que 10 dos entrevistados são do sexo feminino, e 2 são do sexo masculino, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013), pode se justificar afirmando que as mulheres buscam mais os serviços de saúde que os homens, ou melhor, dizendo criou se estereótipos de que a mulher é mais vaidosa e sempre ouve uma maior procura desse gênero no que se refere aos serviços de saúde.

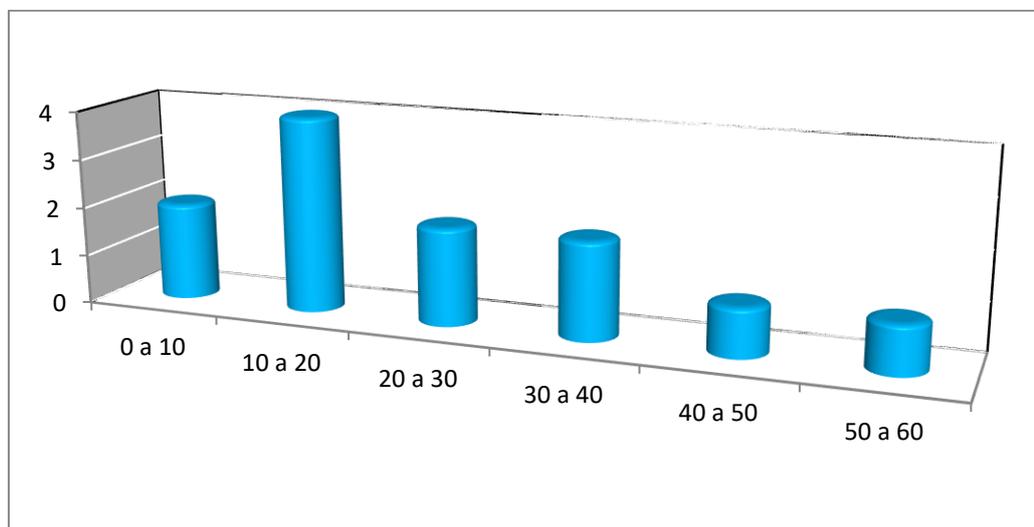
Pode se perceber a eficácia desta pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE através dos resultados expostos no gráfico acima, considerando o que foi observado em pesquisa que os homens que se faziam presentes nos atendimentos, alguns estavam acompanhados por mulheres.

O ministério da saúde através da Escola Nacional em Saúde Pública (2015), realizou um levantamento com as sociedades médicas brasileiras, antropólogos, psicólogos, membros dos Conselhos Nacional de Secretários de Saúde - Conass e dos Conselhos Nacional de Secretários de Saúde Municipais - Conasems, quando foram ouvidos cerca de 250 especialistas, mostrou que os homens não costumam frequentar os consultórios por conta de três barreiras principais: cultural, institucionais e médicas. A pesquisa serviu como subsídio para a política nacional de atenção à saúde do homem, implementada no Sistema Único de Saúde.

Os fatores supracitados como , culturais institucionais e medicas, passam a justificar a considerável diferença na procurar por cuidado, sejam eles de qualquer natureza referente ao

sexo masculino, levando em conta o seu processo histórico, onde criou se estereótipos de que o homem deveria trabalhar e através deste promover os meios para manter o bem estar da família, o que é inegável, é que para muitos essa errônea realidade se faz presente ate hoje.

GRAFICO II: IDADE



Fonte: Primária, 2019

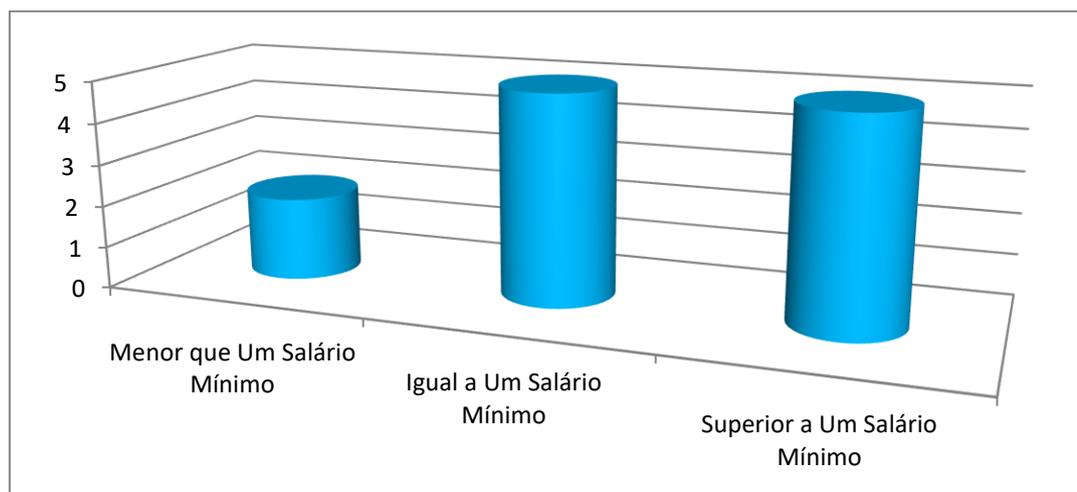
O Gráfico II vai traçar um perfil quanto à faixa etária dos entrevistados, onde 2 possuem idade entre 0 e 10 anos, 4 possuem idade entre 10 e 20 anos, 2 entre 20 e 30 anos, 2 entre 30 e 40 anos, 1 com idade entre 40 e 50 anos e 1 com idade de 50 a 60.

Não há idade certa para cuidar da saúde, pois a vida é passível de mudanças hoje você esta saudável e o amanhã já não se sabem, mas, uma coisa é certa, para muitos não se faz necessário estar doente para procurar um atendimento de saúde.

De acordo com o IBGE (2013), as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde que os homens, percebe-se aqui a diversidade de pessoas com idades diferentes que buscam os serviços de saúde, pois para a saúde de acordo com a Constituição Federal (1988), não há distinção de cor nem de raça todos são iguais.

Esse estereotipo vem sendo quebrado a partir do momento que a constituição vem trabalhar no novo conceito de politica de saúde, agora com um caráter preventivo de modo a prevenir contra as doenças incentivando o cidadão a procurar atendimentos independente da ausência de doenças ou não.

GRAFICO III: RENDA



Fonte: Primária, 2019

De acordo com o gráfico III é notória a necessidade dos entrevistados na procura pelos serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, o gráfico mostra que 2 possuem renda menor que um salário mínimo, 5 com renda igual a um salário mínimo e 5 com renda maior que um salário mínimo.

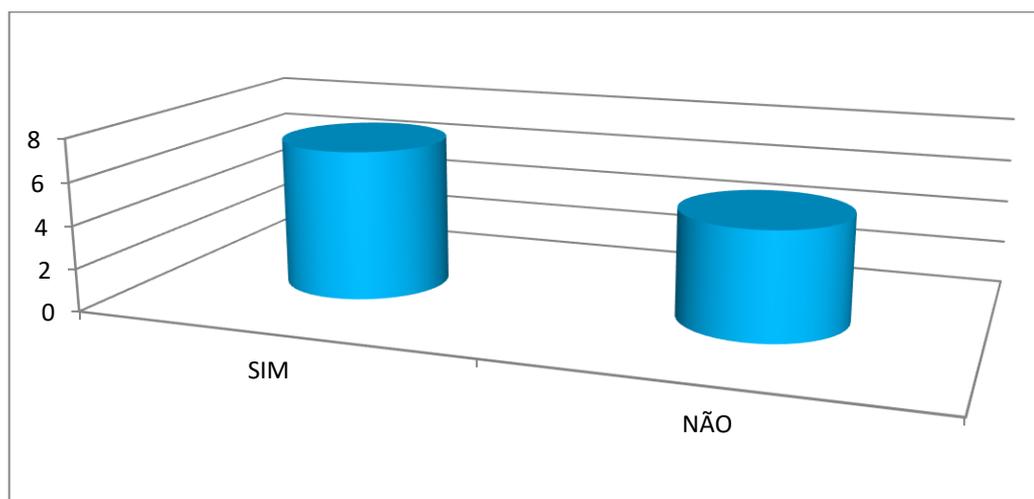
Considerando as condições financeiras expostas pelos entrevistados, é inegável a necessidade de existência desse sistema de saúde que se configura universal e sem qualquer custo para a população, uma vez que com uma posição financeira tão baixa é impossível conseguir pagar um atendimento em uma rede privada.

Na verdade, o incremento da eficiência não deve ser tomado como desculpa para cortar recursos financeiros ou organizacionais do SUS, bem como as filas em um sistema universal de saúde não podem servir como justificativa para restringir o acesso. A rigor, considerando-se o custo de oportunidade relativo à alocação de recursos para a saúde (tomando-se em conta sua destinação a outros setores sociais), a melhor prática se parecia com aquela ação racional realizada para ‘valorizar o dinheiro’ na execução dos serviços médico-hospitalares, prestando com o objetivo de garantir e melhorar as condições de saúde da população (melhor alocação, incentivos contratuais, meio ambiente e tecnologia adequada, incremento da produtividade, corte de desperdícios, combate à corrupção etc.). (OCKÉ-REIS, 2012. p. 28,29).

Hoje há uma necessidade de sociedade otimista que acredite na evolução do SUS, que por necessidade de mudança passe a reivindicar seus direitos por meios dos mecanismos de controle social, como conselhos e conferências de saúde. Pois mesmo diante de todas tantas adversidades impostas, sejam pelo sistema ou pela sua gestão fragilizada, é inegável que o Sistema de Saúde foi uma das maiores e melhores conquistas da sociedade, considerando seu

caráter universalista e sem qualquer custo direto para a população, oferecendo serviços a todos que dele necessitem, sem restrição de raça, cor, etnia ou situação financeira.

GRAFICO IV: EM SEU BAIRRO EXISTE UNIDADE BASICA DE SAUDE-UBS? SE SIM, SUA FAMILIA É ACOMPANHADA POR MEIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA-ESF E DE QUE FORMA?



Fonte: Primária, 2019

As Unidades Básicas de Saúde -UBS são a porta de entrada para o atendimento no Sistema Único de Saúde-SUS. O objetivo desses postos de saúde é atender parte dos problemas não tão graves de saúde que chegam da população, descartando assim a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

Vale destacar ainda o grande desafio de superar a falta de recursos e descaso do Estado para com a política de saúde, ficando difícil a assistência e a promoção da saúde das pessoas e coletividades. Vemos claramente os desafios no cotidiano dos usuários, através das falas dos entrevistados, onde perguntamos se existe UBS e se tem o acompanhamento:

Ágata – “sim. Mas não acompanha, falta de médicos”.

Safira – “tinha, mas agora parou de ir, só se for atrás”.

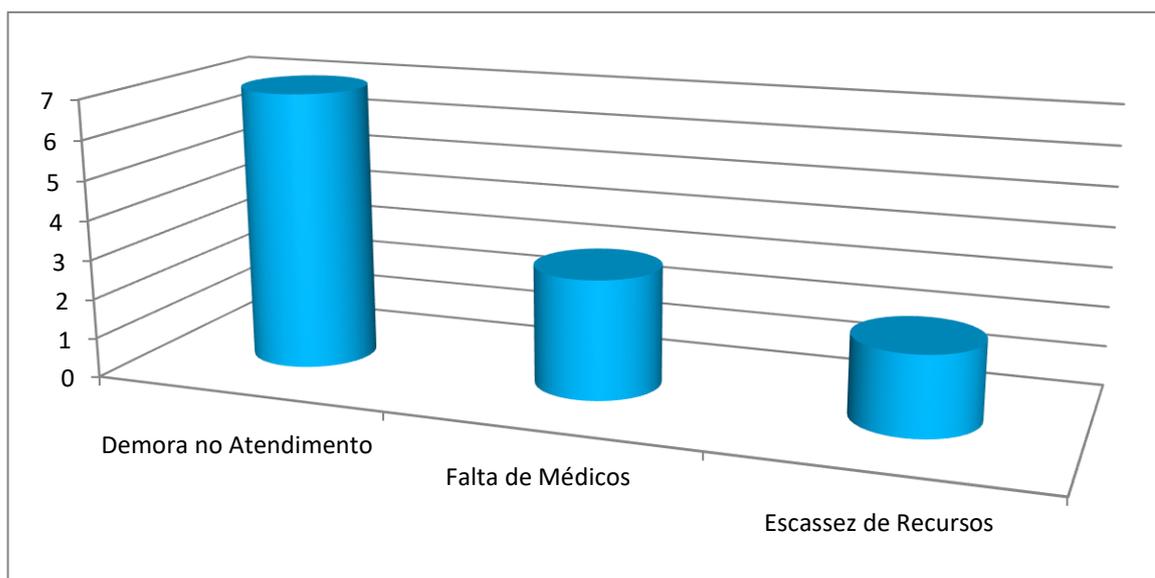
Rubi – “não, tem que ir pra UPA quando adoecer”.

Jade – “não, fica longe”.

Diamante – “sim, fazem visita todo mês”.

Diante disso, notamos o quanto a assistência médica está fragilizada, onde a grande maioria não tem acesso ou não tem acesso de qualidade. Não resta alternativa a não ser esperar por esse atendimento precário, para quem não tem condições de pagar pela saúde na rede privada, uma simples consulta à realização de um exame, se torna caríssimo.

GRAFICO V: QUAIS AS PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE?



Fonte: Primária, 2019

Quanto aos entrevistados sobre a indagação “Quais as principais dificuldades encontradas na rede pública de saúde”? Ao serem questionados, 100% dos entrevistados disseram que o SUS que temos é ineficaz e precisa melhorar bastante, ainda ressaltaram fatores como falta de médicos, falta de acesso a medicamentos, demora no atendimento e profissionais sem qualificação, desvio de verbas e escassez de recursos, como apresenta as falas:

Ágata – “falta de médicos”.

Safira – “falta de medicamento e demora no atendimento”.

Rubi – “demora no atendimento a pessoa morre esperando”.

Jade – “filas grandes, demora no atendimento e profissionais não qualificados”.

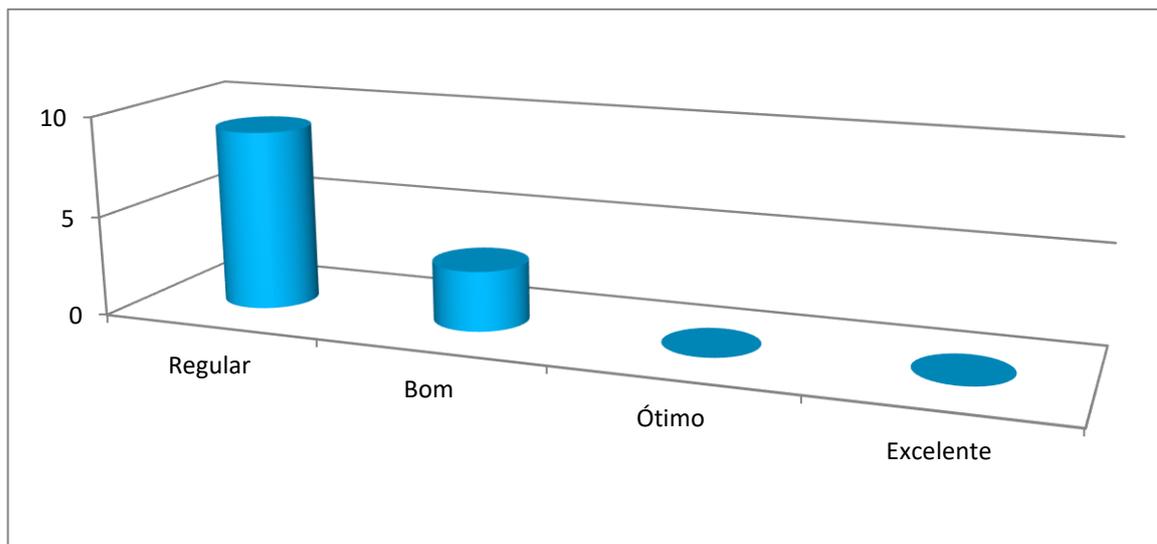
Diamante – “Espera, desvio de verba, profissionais sem qualificação e escassez de recursos”.

Percebe-se diante da frase supracitada a inquietação dos usuários afirmando, o SUS que temos hoje é ineficaz, e que não funciona com muita eficiência abrindo espaço para o crescimento da privatização da saúde, ainda ressaltaram fatos que ocorrem constantemente e continuamente quando ocorre a necessidade da procura desses serviços.

Há falta de médicos no Brasil, sem dúvida, mas há uma má distribuição enorme. Há uma política que não fortalece e não favorece uma melhor distribuição. A ausência de planos de cargos e salários, a ausência de políticas efetivas de fixação de profissionais no interior. Há uma necessidade de se criar, no âmbito nacional, diretrizes gerais para políticas locais que deem conta de fixação não só de médicos como de enfermeiros, para garantir o acesso universal. (BENVENUTI, 2012).

É notório que há um grande descumprimento da Constituição Federal, uma vez que o cidadão tem o seu direito negado quando mais precisa, por consequência de uma política ineficaz, onde a sua gestão não procura meios para sair da ineficiência, e fazer com que o Sistema Único de Saúde – SUS, chegue a suprir a necessidade da sociedade da melhor forma possível, pois todos têm assegurado o direito de acesso não ao sistema de saúde fragilizado, mas sim a um SUS eficaz capaz de atender as necessidades de quem dele necessita.

GRAFICO VI: COMO VOCÊ AVALIA OS SERVIÇOS OFERTADOS PELO SUS?



Fonte: Primária, 2019

Avaliando os serviços ofertados pelo SUS, concluímos que 9 dos entrevistados consideram o Sistema Público de Saúde como regular, 3 consideram o SUS um sistema bom e nenhum consideram ótimo ou excelente.

É evidente que o Sistema Único de Saúde foi uma das maiores conquistas para a sociedade, mas que vem tendo o sucateamento dos seus serviços, onde a sua procura é maior que os serviços ofertados, e em consequência disso temos um número considerável de usuários insatisfeitos por não conseguirem ter acesso a saúde de qualidade, mesmo sem um direito garantido por nossa Constituição Federal de 1988.

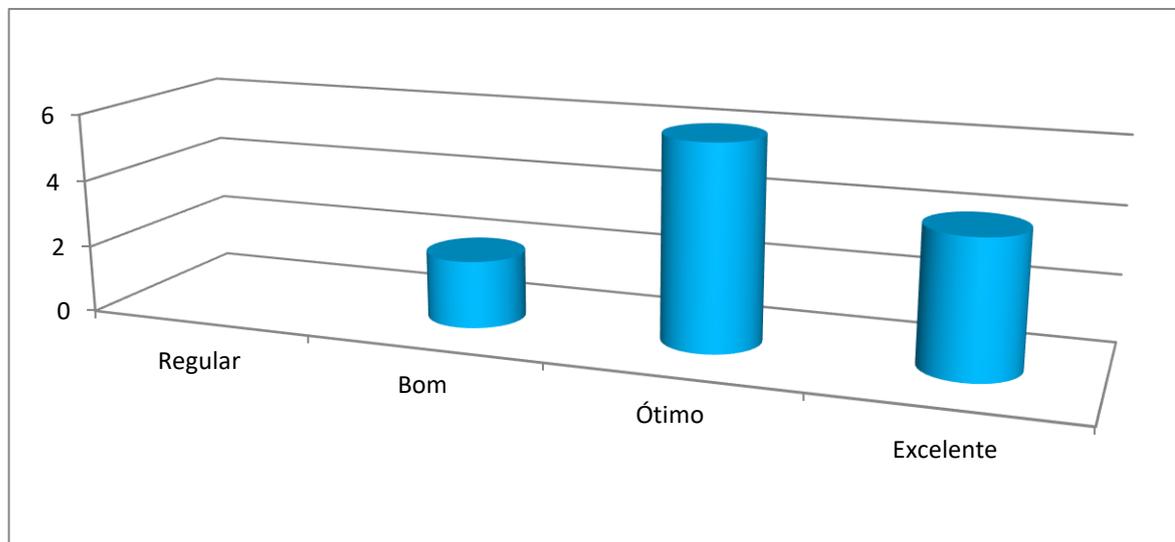
O SUS hoje vem sendo alvo de grande discursão, por não estar atuando em sua prática como é teoricamente assegurado, é evidente a insatisfação dos usuários para os serviços públicos de saúde, em que sua atuação se dá de forma curativa e não de forma preventiva como está sendo assegurada, a saúde como direito de todos e dever do estado na CF 1988, criando brechas para o crescimento dos serviços de saúde privado.

O principal problema hoje é o Estado brasileiro definir qual é a relação real que a saúde pública tem com a saúde de mercado. A sociedade brasileira não pode mais fingir que nós temos um sistema único. O sistema já não é único. O sistema privado hoje cobre uma parcela de acima de 30% da população. A nova classe média tem uma aspiração imediata e é estimulada, pela baixa qualidade do sistema único, a ingressar no sistema privado. O sistema privado, cuja lógica é a mercadorização da saúde, é um sistema perverso porque caminha autônomo. (BENVENUTI, 2012).

De acordo com a autora supracitada, pode-se considerar que hoje não há mais unicidade no SUS, uma vez que esse tem a sua demanda dividida com os planos de saúde

privado, o acesso a planos particulares se dá mediante o seu financiamento por parte da pessoa que faz a solicitação dos seus serviços, mais esses não visam promover o bem-estar físico e mental dos usuários, e sim, o acúmulo de riquezas, diferente do SUS, que traz em sua essência a promoção do bem-estar dos seus usuários, mais que não está fazendo seu papel como de fato e de direito vem sendo garantido. O que querem é que as pessoas procurem os planos de saúde ou realizem exames, consultas e consumam medicamentos nos serviços da rede privada.

GRAFICO VII: COMO VOCÊ AVALIA OS SERVIÇOS OFERTADOS PELA CLÍNICA ESCOLA DA UNILEÃO?



Fonte: Primária, 2019

Em relação aos serviços oferecidos pela Clínica Escola da UNILEÃO, quanto aos resultados obtidos 4 dos usuários entrevistados consideraram excelente, 6 afirmaram ser ótimo, 2 afirmaram ser bom e nenhum relatou ser regular os serviços oferecidos.

Comparando os resultados em relação ao nível de satisfação dos atendimentos do SUS e os da Clínica Escola da UNILEÃO, torna-se evidente a fragilidade do sistema, onde os serviços de uma organização não governamental têm uma maior eficiência na efetivação dos seus serviços que o próprio Sistema de Saúde.

De acordo com Ocké-Reis (2012), essa maior eficiência nos serviços das Organizações não Governamentais - ONGS, Terceiro Setor e serviços privados de saúde tendem a crescer cada vez mais, quando o estado foge da sua responsabilidade social, na má efetivação de saúde pública.

Uma vez que o SUS não atende sua demanda, os usuários passam a procurar outros serviços, onde quem tem condições de prover um atendimento particular vai optar por um serviço privado, e quem não tem condições de financiar um atendimento, vai buscar serviços de ONGS.

Para concluir perguntamos “quais foram os motivos que e levaram a procurar os serviços ofertados pela Clínica Escola?” obtivemos respostas variadas como:

Ágata – “o bom atendimento”.

Safira – “atendimento de saúde na fisioterapia”.

Rubi – “atendimento de saúde dentário”.

Jade – “demora no atendimento”.

Diamante – “a pedido da escola”.

E as respostas foram totalmente contrárias ao nível de satisfação em relação aos atendimentos prestados pelo SUS, onde os entrevistados poderão afirmar que o motivo de estar buscando os serviços da Clínica Escola da UNILEÃO seria pela qualidade e por ser mais rápido o acesso aos serviços oferecidos, além de uma boa estrutura e profissionais qualificados a prestarem atendimentos de qualidade.

Hoje a luta é pela sobrevivência do sim, uma política de saúde mais justa e igualitária para todos, assim como é assegurado em nossa constituição federal. Profissionais qualificados, mais recursos e a fiscalização severa dos gestores, e não um sistema fragilizado que não consegue atender as necessidades da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1988 representa um marco na democratização da saúde e dos demais direitos sociais. A saúde no Brasil antes do SUS enfrentou tensão entre a ampliação dos serviços que temos atualmente, pois a saúde atendia apenas os empregados das empresas ferroviárias, os que não tinham dinheiro eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia ou entidades beneficentes.

A saúde, após a Constituição Federal veio assegurar o direito de acesso ao Sistema Único de Saúde, tem em sua natureza a universalidade, constituindo-se em um direito de toda a população, inclusive aos estrangeiros que se encontram no território nacional, de um atendimento integral e equânime sem exigência de contribuição de qualquer natureza.

Passados 31 anos desde a introdução do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, o mesmo tem passado por avanços e retrocessos durante esse percurso. Um sistema que hoje se mostra mais eficiente para alguns do que para os outros, apresentando caráter seletivo, que trás consigo muitos desafios para a população usuária.

O Estado transfere parte de suas atribuições para a sociedade civil, abrindo espaço para serviços de saúde privados, e os que não têm condições de pagar, são demandados para serviços e Organizações não Governamentais e Terceiro Setor tendo seu direito de acesso a política de saúde negligenciada, muitas vezes não tendo acesso de qualidade a saúde na qual era pra ser garantido pelo Estado, de forma justa e igualitária.

É evidente que somos sujeitos de direitos e deveres assegurados constitucionalmente, mas comprova-se aqui que não vemos a efetivação desses direitos como de fato deveriam acontecer sejam eles de baixa, média ou alta complexidade. Muitos têm seus direitos negados sem ao menos saber que aquele atendimento que ele tanto precisa está garantido na lei maior que rege o nosso país.

O que notamos com os resultados obtidos nesse estudo, é o descaso do Estado para com a política de saúde, o SUS que temos é ineficaz e precisa melhorar bastante, os resultados deste estudo permitiram, uma melhor avaliação das principais dificuldades enfrentas pelos usuários da política de saúde em quesito de falta de médicos, falta de acesso a medicamentos, demora no atendimento e profissionais sem qualificação, desvio de verbas e escassez de recursos.

Esse sistema vem sendo executado, considerando que a sociedade possui ao seu favor o direito como ferramenta para efetivação do acesso a saúde, e os conselhos e conferencias de

saúde como mecanismos de acompanhamento social, que abrem espaço para participação popular, possibilitando a reivindicação de melhores condições de saúde e de vida.

Cabe a sociedade a sensibilização de que o serviço público é para todos que dele necessitam e que este é responsabilidade do Estado no que se refere ao provimento de políticas públicas, e não a sociedade ser responsável pelo provimento do bem estar como é visto, devendo esta ter sua participação social garantida nas conferências estaduais e municipais para fiscalizar e contribuir para melhoria do sistema.

O presente estudo traz sua contribuição teórica que dará suporte para pesquisas relacionadas ao tema, que se caracteriza pelo seu conceito amplo, mas que carece de uma maior atenção. Dessa forma, pode se considerar que é uma política que necessita ser revista e discutida continuamente, pois passamos por transformações que demandam melhoria e aperfeiçoamento dessas políticas junto com a necessidade social.

O estudo possibilitou resultados pertinentes quando apresenta a necessidade das pessoas de um sistema único de saúde que venha pôs em prática o direito já constatado. Percebeu-se também que muitas pessoas estão a mercê da assistência, da ajuda, da benemerência, o que vai contrapor o direito e ir de encontro ao sistema capitalista vigente.

Pode-se considerar ainda este trabalho de grande relevância para a sociedade com subsídios informativos, e ainda somar aos demais trabalhos que abordam essa temática, trazendo informações e contribuições para que cada vez mais sejam questionadas as relações existentes para o SUS entre sua teoria e prática, considerando que a sua execução não se dá como de fato deveria, não conseguindo atender a toda sua demanda.

Por fim, para obter o Sistema Único de Saúde - SUS que queremos e que temos direito se faz necessário resgatarmos a nossa consciência revolucionária, através de movimentos sociais e reivindicarmos não só o direito a política de saúde, mais sim todos os nossos direitos que vem sendo negado em detrimento dos rebatimentos do sistema capitalista vigente.

REFERÊNCIAS

SINGER, AV. **Os sentidos do lulismo: reforma gradual e pacto conservador.** São Paulo: Companhia de Letras; 2012.

Souza RR. **O sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde;** 2002, P. 25.

ADORNO, Sérgio. **Efetivação Democrática do Direito à Saúde.** In: 10º Seminário Internacional de Direito Sanitário. 2014. São Paulo

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** 2. Ed. P. 36. São Paulo: Martinari, 2015.

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

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

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócios históricos.** 1 ed. Ed Cortez. São Paulo, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.C. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate.** In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2004.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurilio C.. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social.** In: BRAVO, Maria Inês; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Martins. Serviço Social e Saúde. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, Título VIII, **Da Ordem Social, Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção II, Da Saúde** (artigos 196 a 200); Lei Federal 8080/90; Lei Federal 8142/90. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoafederal.pdf>. Acesso em: 28 de Setembro de 2015.

DUDH, **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Paris, 1948. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/definicao/> . Acesso em: 13 mar. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. 12. Reimpr. São Paulo: São Paulo, 2008.

LAKATO, Eva Maria. MARCONI Marina de Andrade. **Fundamentos metodologia científica** -6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LESSA, Ana Paula Girão. **O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas.** Fortaleza: EDUECE, 2011

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez Editora, 1998.

IAMAMOTO, M. V. **As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo.** in MOTA, Ana Elizabete (org. et al.) *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.* São Paulo: Cortez, 2009. p. 161-196.

JÚNIOR, Ayrton Paulus. Et al *Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional.* Políticas Públicas de Saúde no Brasil 2006.

MARCONI, Marina Andrade, LAKATOS, Eva Maria. **Fundamento da metodologia científica.** 6. Ed. São Paulo: Atlas 2005.

MATOS, Mauricio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional.** Ed. Cortez. São Paulo, 2013.

MOTA, Ana Elizabete. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

OCKÉ-REIS, Carlos Octavio. **SUS: o desafio de ser único.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, Adriano. **20 anos de SUS II: fragilidade política do gestor Estadual do SUS,** 2008. Disponível em: <http://www.institutomauriciodenassau.com.br/blog/20-anos-de-sus-ii-fragilidade-politica-do-gestor-estadual-do-sus/>. Acesso em: 04 de mai. 2016.

PAIM JS. **O futuro do SUS.** Cad. Saúde Pública 2012

PAIM, Jairnilson Silva. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, Oct. 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Patrícia Benvenuti. **A mercantilização da saúde e seus riscos,** 25/07/2012 Disponível em: <http://cebes.org.br/2012/07/a-mercantilizacao-da-saude-e-seus-riscos/> acesso em 03/05/2016.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **Neoliberalismo e Saúde.** Fund. Oswaldo Cruz.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira. **Direito Fundamental à Saúde na Constituição de 1988: dos 20 anos de absoluta inefetividade, ao advento de uma realidade supostamente excessiva de judicialização.** In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, 58, 31 out. 2008.

ZANETTI, Tânia Maria. **A efetivação dos direitos sociais através das políticas públicas.** Portal do e-governo, inclusão digital e sociedade do conhecimento. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/efetiva%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-sociais-atrav%C3%A9s-das-pol%C3%ABlicas>. Acesso em: 13 mar. 2016.

APÊNDICE

APENDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Esta pesquisa intitula-se “A POLÍTICA DE SAÚDE E O CONTEXTO NEOLIBERAL: O IMPACTO DO PROCESSO DE PUBLICIZAÇÃO NA VIDA DA POPULAÇÃO USUÁRIA DA CLÍNICA ESCOLA DA UNILEÃO EM JUAZEIRO DO NORTE-CE”.

Está sendo desenvolvida pela aluna Francisca Jéssica Verônica da Silva sob a orientação da professora Jácsa Vieira Caldas. Tem como objetivo, analisar as principais dificuldades enfrentadas pelos usuários da Política de Saúde Pública, frente a grande procura por serviços de saúde na Clínica Escola da UNILEÃO.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As informações aqui solicitadas deverão ser respondidas com total veracidade e de forma voluntária e serão codificadas e apresentadas como pesquisa da monografia, e poderão ser apresentados em eventos científicos, mantendo o sigilo e a integridade física e moral do indivíduo. A aplicação consiste em uma entrevista com 11 perguntas sendo respondidas pelos entrevistados, mantendo a integridade física e moral, sem causar desconforto físico.

Não haverá nenhum ônus para o participante e nos casos que sejam diagnosticados doenças ou situações que demonstrem a necessidade de atendimento específico, não serão de responsabilidade dos pesquisadores e bolsistas, os custos com o tratamento.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Juazeiro do Norte - CE, _ / _ / _ _.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

APENDICE II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

01 – Gênero:

Feminino Masculino

02 - Idade? _____

03 - Estado Civil?

Solteiro(a)

Casado(a)

União Estável

Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a) Viúvo(a)

04. Grau de Escolaridade:

Sem escolaridade(a) Ens.Fund. Incompleto Ens.Fund. Completo

Ens. Médio Incompleto Ens. Médio Completo Ens. Superior incompleto

Ens. Superior completo

05- Renda Familiar:_____

06- Em seu bairro existe Unidade Básica de Saúde – UBS? Se sim, Sua família é acompanhada por meio da Estratégia Saúde da Família – ESF e de que forma? Sim () Não ()

07- Quais foram os motivos que te levaram a procurar os serviços ofertados pela Clínica Escola?

08- Quais as principais dificuldades encontradas na rede pública de saúde?

09- O que você acha que o Estado deveria fazer para melhorar a saúde pública no Brasil?

10- O que você espera do SUS no Brasil nos próximos anos?

11- Como você avalia os Serviços ofertados/recebidos pelo:

Sistema Único de Saúde- SUS:

Regular() Bom() Ótimo() Excelente()

Clinica Escola da Unileao:

Regular() Bom() Ótimo() Excelente()

