

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL:
LIMITES, AVANÇOS E DESAFIOS**

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

Cassiane de Campos Franck

Três de Maio, RS, Brasil

2011

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: LIMITES, AVANÇOS E DESAFIOS

Cassiane de Campos Franck

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Loiva Beatriz Dallepiane

Três de maio, RS, Brasil

2011

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS**

**Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização
Pública em Saúde EaD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Monografia de Conclusão de Curso**

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL:
LIMITES, AVANÇOS E DESAFIOS**

elaborada por
Cassiane de Campos Franck

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

Comissão Examinadora

Loiva Beatriz Dallepiane, Dr^a
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

Liane Beatriz Righi, Dr^a.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Fernanda Beheregaray Cabral, Msc.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Três de maio, 2 de julho de 2011.

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: LIMITES, AVANÇOS E DESAFIOS

AUTORA: Cassiane de Campos Franck

ORIENTADORA: Loiva Beatriz Dallepiane

Data e Local da Defesa: Três de Maio, 2 de julho de 2011.

Resumo

Este estudo analisa os limites, avanços e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde no decorrer dos anos até os dias atuais e busca avaliar de que forma o Serviço Social pode contribuir para melhorar a qualidade no atendimento, a gestão e principalmente garantir o direito à saúde na prática. Utiliza como metodologia a Revisão Bibliográfica, baseada em achados teóricos sobre a relação do Sistema Único de Saúde com o Serviço Social. Para atingir tal objetivo, realizou-se ampla leitura da literatura específica disponível em trabalhos e artigos científicos; periódicos, livros, sites da Internet e outros. Constatou-se com o estudo bibliográfico realizado sobre a relação Sistema Único de Saúde e Serviço Social como possível e necessária, uma vez que, o Serviço Social encontra na Política de Saúde e no SUS, espaço entre as profissões necessárias para intervenção junto aos fatores que desencadeiam a efetivação do sistema, bem como a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

SINGLE SYSTEM OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES: LIMITATIONS, CHALLENGES AND ADVANCES

AUTORAS: Cassiane de Campos Franck

ORIENTADORA: Loiva Beatriz Dallepiane

Data e Local da Defesa: Três de Maio, 2 de julho de 2011.

Abstract

This study examines the limits, progress and challenges faced by SUS over the years until today and seeks to assess how social work can contribute to improving the quality of care, management and on ensuring the right to health in practice. Uses the methodology of the Literature Review based on theoretical findings on the relationship of the Health System with the Social Service. To achieve this goal, there was broad reading of the specific literature available in scientific papers and articles, journals, books, web sites and others. It was found with literature on the study on the relationship of the Unified Health and Social Services as possible and necessary, since the Social Service found in Health Policy and the SUS, the space between the professions needed to intervene with the factors that triggering the execution of the system, as well as prevention, promotion and restoration of health.

Keywords: Health System, Health, Social Service

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO – TÍTULO	01
Resumo	04
Abstract	05
Introdução	07
Metodologia	11
Relação Sistema Único de Saúde e Serviço Social.....	12
Serviço Social Frente aos Desafios na Área da Saúde no âmbito do SUS.....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (SILVA, 2003).

As políticas de proteção social, nas quais incluem a Saúde, a previdência e a Assistência Social são consideradas produtos históricos das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato (MOTA, et al, 2008).

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (SILVA, 2003).

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional (BRASIL, 1988).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Desde o período pós-Constituição, as políticas de saúde no Brasil vêm sendo formuladas no contexto de uma reforma setorial abrangente, que opera mudanças institucionais de grande magnitude, ao tempo em que introduz novos espaços de interlocução permanente entre Estado e sociedade na gestão pública. Com as

mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e formulação das políticas de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório.

Desse modo, a década de 1990 é marcada pela introdução de uma série de mudanças significativas no desenho organizacional da política de saúde brasileira. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a operacionalização de alguns de seus princípios básicos ao longo do período tiveram como eixo central o aprofundamento do processo de descentralização em direção aos municípios. E dentro deste contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) configura-se como estratégia prioritária para estruturação dos sistemas municipais de saúde com o objetivo de reorientar o modelo de atenção e imprimir uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde (SILVA, 2003).

No Brasil a origem do PSF remonta a criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais.

Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia de reorganização da atenção primária qualificada e resolutiva e não prevê um tempo para finalizar. De acordo com Silva (2003), o êxito dos mecanismos de indução para a adoção do PSF pelos municípios é inegável: em dezembro de 2000, o PSF estava implantado em 3.090 do total de municípios do país, com um montante de 10.473 equipes constituídas e uma cobertura de 22% da população Brasileira.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, que estabeleceu que o ESF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da

comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

O fato é que muito do que está no âmbito legal, constitucional, não acontece no real. Há grandes desafios que o debate político no campo da saúde vem delineando para a sociedade brasileira nos próximos anos. Desde sua concepção o SUS enfrenta algumas dificuldades, devido principalmente ao seu financiamento e às dimensões do nosso país.

Para tentar solucionar o problema da verba, foi criada em 1997 a CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira), destinada inicialmente a financiar o Fundo Nacional de Saúde. Contudo, a arrecadação começou a ser utilizada em outros programas sociais e a iniciativa não teve o sucesso esperado. Já a Emenda Constitucional nº 29, conhecida como a PEC da Saúde, propõe uma solução viável para os problemas de financiamento. Atualmente, os estados são obrigados a investir uma determinada parte de sua arrecadação em educação. Com a PEC 29, a saúde também passa a ter um investimento mínimo definido pela Constituição. O projeto surgiu há anos, foi aprovado em 2008 e aguarda por regulamentação (BRASIL, 2007).

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Mas o que vemos hoje é hospitais fechando por falta de recursos e por não conseguirem cumprir com todas as normas exigidas pela Vigilância Sanitária, pessoas morrendo em filas de espera e corredores de hospitais, os sistemas de referência e contra-referência não funcionam e a regulação dos leitos hospitalares de alta complexidade é lenta e não dá conta da grande demanda.

De acordo com CAMPOS (2006), o SUS enfrenta várias dificuldades, pois na medida em que trata de uma reforma incompleta enfrenta o paradoxo de pretender implantar uma política universalista em um contexto de ajuste econômico muito restrito. O financiamento do SUS apresenta problemas de quantidade, pois apesar do crescimento do orçamento público para a saúde nos últimos 15 anos, estamos longe de atingir um montante de recursos suficiente para estabilizar o sistema. Isso além dos problemas de qualidade, do modo como se procede a descentralização financeira, ainda muito presa à lógica do período anterior, centrada no pagamento

por procedimentos, fragmentada em dezenas de contas com critérios para recebimento e prestação de contas distintos e reiterativos.

Para o autor, a saúde é um tema complexo, trabalhar para assegurar saúde é um assunto ainda mais complicado, no entanto, quanto mais a sociedade valoriza a vida e reconhece direitos sociais, mais “leigos” tratam de interferir nos assuntos da saúde, tentando defini-la também, segundo um conjunto de valores subjetivos, culturais, sociais e políticos (CAMPOS, 2006).

Articular políticas para organizar o trabalho em saúde não é uma tarefa simples, mas transformou-se quase em senso comum afirmar que saúde deve ser organizada segundo a lógica de políticas públicas. A realidade mostra que não é assim, pois de baixo do senso comum se esconde todo um mundo de relações, de conflitos, de ambiguidades e de pontos indefinidos, sem falar no financiamento insuficiente, desvio de recursos, corrupção, dentre outros (CAMPOS, 2006).

Com base neste contexto citado acima, que o presente artigo busca responder, através de pesquisa bibliográfica, como o Serviço Social - que tem como Projeto Ético Político a defesa intransigente dos direitos humanos e a luta por uma sociedade mais justa e igualitária - pode contribuir para a efetivação plena do SUS e a garantia do direito à saúde inerente a todos os cidadãos brasileiros, frente a uma realidade dualista, em que percebe-se cotidianamente que o direito legal é diferente do real!

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa que, segundo Gil (2009) é o estudo desenvolvido com base em material já elaborado constituído principalmente de livros e artigos.

Caracteriza-se como revisão bibliográfica de carácter exploratório, no qual se buscou analisar a relação do Sistema Único de Saúde e Serviço Social, buscando as principais contribuições identificadas na literatura nacional neste campo. É de abordagem qualitativa, tem como objetivo analisar os limites, avanços e desafios do SUS no decorrer dos seus 20 anos e a contribuição que o Serviço Social pode oferecer às ações do SUS, procurando-se descrever os limites e possibilidades dessa relação.

Para Minayo (2007, p.21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Os dados foram coletados mediante consulta nas referências Bibliograficas que foi apresentada no decorrer das matérias e estudos do curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. A busca baseou-se nos temas que discutissem a relação do SUS com o Serviço Social. Este processo envolveu atividades de busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e análise. O recorte temporal foi feito analisando a relação do SUS e o Serviço Social a partir da Constituição Federativa do Brasil de 1988.

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de quinze de abril a quinze de maio, cujos dados coletados atenderam aos seguintes critérios de inclusão: artigos científicos, disponíveis na íntegra em livros, impressos, em idioma da língua portuguesa, no período de 1988 a 2009. Utilizou-se como norte a referência aos termos “SUS e Serviço Social”.

E por fim, a revisão bibliográfica foi efetivada tendo como referência o estudo realizado mediante a produção científica já existente sobre o tema, ou seja, livros, artigos, pesquisas, periódicos e outros.

2 RELAÇÃO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, trouxe um novo conceito de saúde, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinando a requisição de outros profissionais para atuar no setor, dentre eles, o Assistente Social. Este novo conceito dava ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar.

O profissional Assistente Social, nesta época, enfatizava a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. Na área hospitalar trabalhava com a contradição entre demanda e o seu caráter excludente e seletivo (BRAVO e MATOS, 2009).

A partir de 1980, o movimento sanitário, construído desde meados dos anos 1970, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do setor privado. Nesta década aconteceu grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar e dentro deste contexto há um movimento significativo na saúde coletiva e que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo¹.

Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que é considerado o marco mais importante na trajetória da política pública de saúde no Brasil. Segundo Bravo e Matos:

Foi aprovada nesta conferência a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira esta configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento. O relatório desta Conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal (BRAVO e MATOS, 2009, p. 32).

Segundo Campos (2006), vários autores consideram a reforma sanitária brasileira bem sucedida por haver instituído um novo padrão de intervenção do Estado na saúde, buscando garantir direito universal e atenção integral à saúde por meio de um sistema descentralizado e com importante grau de democratização

¹ Marxismo: Busca apreender o movimento histórico, ou seja, processual de acontecimentos. Sua metodologia objetiva compreender a maneira como determinada política, situação ou fato social foram produzidos e não somente como funcionavam (Gastão Wagner de Souza Campos, 2006)

quando da formulação e execução de políticas (FLEURY, 1994, apud CAMPOS, 2006).

O Serviço Social recebeu influências deste movimento que lutou pelos ideais da Reforma Sanitária, pela democratização do acesso, a universalização das ações e a descentralização do controle social, porém, concomitantemente com isso, o Serviço Social passou por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional (anterior à década de 1980), havendo assim impasses com relação a nova direção a ser dada à profissão (BRAVO e MATOS, 2009).

O processo de renovação do Serviço Social no Brasil optou por buscar a construção de práticas democráticas, assim como o movimento pela Reforma Sanitária, só que ambos foram feitos separados, cada um com a sua luta (BRAVO e MATOS, 2009).

Em 1988 na Constituição Federal, a saúde, juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, integraram a Seguridade Social. À saúde coube cinco artigos (Art. 196 – 200), que determinam a mesma como um direito de todos e dever do Estado, e organizam a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único.

Resultado de muita luta e mobilização da sociedade, a Constituição Brasileira reconheceu a saúde como um direito de todo cidadão e instituiu um sistema de saúde para ser implementado. Amparado por um conceito ampliado de saúde (que a relaciona não somente à ausência de doença, mas a fatores condicionantes e determinantes do bem-estar físico, mental e social como: alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer), o SUS foi criado para ser o sistema de saúde dos mais de 190 milhões de habitantes do País (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos, sendo o único a garantir acesso integral, universal, igualitário e completamente gratuito para a totalidade da população. Por outro lado, a doutrina que fundamentou a construção do SUS reconheceu a existência de limites e de dificuldades no funcionamento dos sistemas de saúde, realmente existentes, uma vez que, foi implantado em um contexto cultural e político que dificulta a estruturação de políticas públicas (CAMPOS, 2006).

Para Mota (2008), universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. Abriram-se espaços para decisões políticas no campo sanitário, compartilhadas com os usuários, e para a gestão democrática dos serviços de saúde através da participação popular, possibilitando o controle social, por diferentes sujeitos coletivos, que interagem entre si e com o Estado.

O Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 com uma insignificante alteração da prática institucional, pois a ideologia mudou e avançou-se muito na fundamentação e consolidação teórica, maturou-se a tendência hegemônica da ruptura como Serviço Social tradicional, mas poucas mudanças apresentavam-se na intervenção. Sendo assim, a categoria continuou desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, com insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (NOGUEIRA E MIOTO, apud MOTA, 2008).

O projeto político econômico neoliberal que consolidou-se no Brasil nos anos 1990, confrontou-se com o projeto profissional hegemônico do Serviço Social e com o projeto da Reforma Sanitária. Percebe-se assim, que os dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária apresentavam diferentes requisições para o Serviço Social.

O projeto privatista pedia seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo mediante a ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais. Em contrapartida, o projeto da reforma sanitária apresentava demandas como busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (NOGUEIRA E MIOTO, apud MOTA, 2008).

A partir do início do ano 2.000, pode-se afirmar que, em sua maioria, o debate do Serviço Social na saúde veio acompanhado de uma referência ao Projeto da Reforma sanitária e ao Projeto Ético-Político profissional pautado na defesa intransigente dos direitos humanos e na luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

NOGUEIRA E MIOTO (apud MOTA, 2008) trazem que na atualidade, o Serviço Social tem uma identidade forte e combativa na defesa das políticas

públicas, dentre elas, as da saúde. E nesta realidade, a predisposição de luta nos espaços de controle social (no qual os conselhos são estratégicos) é um aspecto fundamental para o processo de construção da esfera pública para o setor à medida que indica as possibilidades de redução dos mecanismos de cooptação e clientelismo. A participação da comunidade expressa ainda a face democrática ampla dessa reforma, ao ter como horizonte não unicamente o acesso igualitário aos bens e serviços de saúde, mas o acesso ao poder.

A maior conquista do SUS foi quanto ao direito legal de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, mas muitos aspectos desse acesso ainda estão por se concretizar e incidem de forma muito especial em questões relacionadas à exclusão social em saúde.

ALMEIDA (2003) afirma que o SUS enfrenta tanto o problema da necessidade de garantir um mínimo básico, quanto de hierarquizar o sistema, assegurando a atenção integral, preventiva e curativa. Os mecanismos de inclusão estratégica utilizados pelas Normas Operacionais, iniciando-se com a Norma Operacional Básica- NOB n.91 até a Norma de Atenção à Saúde – NOAS, aliados ao descompasso de integração com as outras áreas sociais e econômicas, não deram conta de reduzir as grandes iniquidades de saúde, persistentes e anunciadas com frequência desde os tempos da ditadura militar.

Nesse sentido, Vasconcelos (2002) relata que há uma diferença muito grande entre a intenção e o discurso dos Assistentes Sociais e o trabalho desenvolvido com relação ao SUS, pois os Assistentes Sociais afirmaram um compromisso com a população usuária, mas não conseguem transformá-lo em prática concreta. Assim, estes profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético-político da profissão, uma vez que os objetivos institucionais são diferentes dos objetivos profissionais. Sendo assim, na sequência apontamos os desafios postos ao Serviço Social na área da saúde, mais precisamente no âmbito do SUS.

3 SERVIÇO SOCIAL FRENTE AOS DESAFIOS NA ÁREA DA SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS.

O Ministério da Saúde (MS) no governo de Luiz Inácio Lula da Silva em 2002, apontou como principais desafios na área da saúde: a incorporação da agenda

ético-política da Reforma Sanitária; a construção de novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, na intersetorialidade e na atuação em equipe; o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção; o controle social e a supressão dos modelos assistenciais verticais e voltados somente para a assistência médica. Segue ainda, como principal diretriz para a gestão a ampliação do atendimento no Sistema Único de Saúde em especial a atenção básica, o combate às endemias e a melhoria do acesso aos medicamentos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002).

De acordo com Bravo (2009), tem-se ainda como desafios do SUS e consequentemente dos gestores públicos:

- Garantir a coexistência de diferentes soluções institucionais na organização descentralizada do SUS que possam contemplar a heterogeneidade de problemas regionais e a diversidade cultural do país, sem colocar em risco a unidade doutrinária e operacional do sistema nacional de saúde, necessária para assegurar a efetivação dos princípios constitucionais;
- Encontrar o equilíbrio ótimo entre regulação, responsabilidade e autonomia na gestão compartilhada do sistema pelas três esferas político-administrativas do Estado Brasileiro (União, estados e municípios), no contexto de novas relações intergovernamentais e de recomposição do pacto federativo inaugurado pela Constituição de 1988;
- Estabilizar o financiamento setorial e interferir no processo de alocação dos recursos dos orçamentos públicos para a saúde, com vistas à equidade;
- Construir novas formas de responsabilização dos governantes e cidadãos, dos gestores e dos usuários, no acompanhamento e avaliação do desempenho e dos resultados das políticas setoriais.

Neste cenário, acentuam-se as exigências para o profissional Assistente Social. Mito e Nogueira (apud MOTA, 2008, p. 280) trazem que dentro deste cenário:

Cabe ao Assistente Social desenvolver um papel de protagonista de um novo modelo. A perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos impõe de forma inequívoca ao Assistente Social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre ações e serviços de saúde.

Sendo assim, cabe ao Serviço Social, numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de

Saúde (SUS), formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando para o fato de que o trabalho do Assistente Social na saúde que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto de reforma sanitária (MATOS, 2003).

O objetivo do Serviço Social na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. O trabalho do Assistente Social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária, conforme citado acima, e pelo projeto ético-político do Serviço Social.

Desta forma, uma atuação competente do Serviço Social na saúde exige articulação e sintonização com o movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela real efetivação do SUS, facilitar o acesso de todo usuário aos serviços de saúde das Instituições de forma crítica e criativa, não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS, tentar construir e efetivar espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas e estar sempre disposto a procurar reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido.

Os Assistentes Sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e a consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelos seus fóruns e pelas legislações normativas da profissão.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se com o estudo bibliográfico realizado sobre a relação Sistema Único de Saúde e Serviço Social como possível e necessária. Com a ampliação do conceito de saúde pós Constituição de 1988, ou seja, resultado das condições econômicas, políticas, sociais e culturais, não é possível ignorar a dimensão social do processo saúde/doença. Conseqüentemente, o Serviço Social encontra nesta

Política e no SUS, espaço entre as profissões necessárias para intervenção junto aos fatores que desencadeiam esse processo e a efetivação do sistema, bem como na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Conclui-se também, que algumas contradições presentes no processo de racionalização/reorganização do SUS, constituem no principal vetor das demandas ao Serviço Social. Identificou-se que as principais ações desenvolvidas pelos profissionais de Serviço Social é justamente identificar as tensões e conflitos do sistema, o que implica no redimensionamento dessas ações, a partir da qualificação técnica e política desses profissionais.

Portanto, o escopo do trabalho do assistente social para a Política de Saúde Pública é determinado tanto pela concepção de saúde prevalente no SUS, como pelas condições objetivas da população usuária dos serviços. Nesse sentido, no decorrer da história da organização do trabalho coletivo em saúde, vem se ampliando o espaço dos assistentes sociais no interior do processo de trabalho em saúde e com isso amplia-se a responsabilidade e o comprometimento com um SUS mais real.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia Maria. **O SUS que queremos**: Sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres? *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, V. 8, n. 2, 2003.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** - Versão Preliminar. Brasília - DF, março/2009.

_____. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. **Lei nº 8.662/93** de 07/06/1993. Dispõe sobre a Regulamentação da Profissão de Serviço Social.

_____. Conselho Nacional de Saúde – CNS. **Resolução nº 218** de 06 de março de 1997. Dispõe sobre o reconhecimento do Assistente Social como profissional de saúde.

_____. **Resolução CFESS N°383/99** de 29 de março de 1999. Dispõe sobre o Assistente Social como profissional de Saúde. Coletânea Instruções Normativas do CFESS/CRESS. Conselho Regional de Serviço Social - 22ª Região - Piauí, 2008.p.01-16.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 05 de outubro de 1988 / 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários (CONASS). **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Sistema Único de Saúde - SUS, **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências.

_____. Sistema Único de Saúde - SUS, **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. 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 e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

para a organização da atenção básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Secretaria Executiva. **Avaliação da gestão da assistência ambulatorial e hospitalar do SUS. Supervisão** – 1997. Brasília, DF: 1997.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e Serviço Social**. [Org]. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reflexões sobre a construção do SUS**: Um modo singular de produzir política pública. Serviço Social & Sociedade, n. 87. São Paulo: Cortez, 2006.

MATOS, Maurílio Castro. **O Debate do Serviço Social na Saúde no Brasil na década de 90**. Serviço Social & Sociedade, n. 74. São Paulo: Cortez, 2003.

MOTA, Ana Elisabete [et al], (orgs) **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 3. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília-DF : OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

MINAYO, Maria. Cecília. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade/ Suely Ferreira Deslandes. Romeu Gomes. 25. ed. Rev. e atual. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

SILVA, Pedro Luiz Barros. **Serviços de Saúde**: o dilema do SUS na nova década. Scielo. São Paulo: Perspec. v.17 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2003.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A Prática do Serviço Social**. Cotidiano, Formação e Alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002