



UFAM

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS - IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE
NA AMAZÔNIA – PPGSS**

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ACESSO DA
POPULAÇÃO À SAÚDE EM UMA UNIDADE DE MÉDIA
COMPLEXIDADE NA CIDADE DE MANAUS**

VERA LÚCIA PEREIRA

MANAUS, 2019

VERA LÚCIA PEREIRA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ACESSO DA
POPULAÇÃO À SAÚDE EM UMA UNIDADE DE MÉDIA
COMPLEXIDADE NA CIDADE DE MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.
Linha de Pesquisa: Questão Social, Políticas Sociais, Trabalho e Direitos Sociais na Amazônia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Yoshiko Sasaki.

MANAUS, 2019

P489tPereira, Vera Lúcia.

O trabalho do assistente social no acesso da população à saúde em uma unidade de média complexidade na Cidade de Manaus / Vera Lúcia Pereira. – Manaus: UNL, 2019.

136f.

Dissertação de Mestrado – (Programa de Pós graduação Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia – PPGSS) Universidade Federal do Amazonas: Manaus, 2019.

Orientador (a): Profa. Dra. Yoshiko Sasaki

1. Serviço Social. 2. Determinantes e Condicionantes da Saúde. 3. Prática profissional I. Título.

II. Universidade Federal do Amazonas.

CDU364

VERA LÚCIA PEREIRA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO ACESSO DA
POPULAÇÃO À SAÚDE EM UMA UNIDADE DE MÉDIA
COMPLEXIDADE NA CIDADE DE MANAUS**

DEFESA APROVADA EM: 05 DE JULHO DE 2019.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Yoschiko Sasaki
Presidente da Banca

Banca examinadora

Profa. Dra. Lucilene Ferreira de Melo
Membro da Banca

Banca examinadora

Profa. Dra. Roberta Justina da Costa
Membro da Banca

AGRADECIMENTOS

A Deus que por Seu amor me fez livre, com Sua amizade me fez forte e confiante, com Sua companhia me fez feliz e com Sua palavra me fez refletir e buscar um ideal. És o sopro que guia minha mente, a energia que move minhas mãos, o impulso que gera minha voz, portanto minha vitória.

À minha mãe e meu pai, *in memorian*, que com linguagem doce e simples, olhar profundo e firme me ensinaram o caminho da vida, com abraço apertado e carinhoso me fizeram sentir segura. Nossas mãos estarão unidas na fé para além do infinito.

Ao meu irmão, *in memorian*, e minhas irmãs pelo incentivo, apoio e carinho recebidos, especialmente na minha vida acadêmica, trilhando esse caminho comigo, à distância, mas sempre presentes.

Às minhas fiéis amigas, Ângela Emília e Mariza Cavalcante, que me incentivaram, compreenderam e apoiaram principalmente nos momentos de incertezas, quando tudo fica distante e confuso, me deram luz para o caminho certo.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Yoshiko Sasaki, que dedicou seu tempo e compartilhou seu conhecimento e sua experiência, cuja generosidade jamais esquecerei, minha eterna gratidão pelo aprendizado de vida.

Às avaliadoras no Exame de Qualificação, Profa. Dra. Márcia Irene Andrade e Profa. Dra. Roberta Justina da Costa, por aceitarem nosso convite e de forma muito generosa contribuíram para o aprimoramento da minha dissertação. E as avaliadoras da banca de dissertação Profa. Dra. Lucilene Melo Ferreira e Profa. Dra. Roberta Justina da Costa. É com muito orgulho que transcrevo vossos nomes neste trabalho.

Um carinhoso agradecimento aos professores do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, que se dedicaram a arte de ensinar e tornaram possíveis minhas possibilidades.

Um agradecimento especial às assistentes sociais da Policlínica que participaram da pesquisa, contribuindo de forma única para o sucesso deste trabalho, somos parceiras e partícipes na construção de um mundo mais justo.

Aos usuários que aceitaram participar da pesquisa, apesar de suas dores colaboraram respondendo de boa vontade as entrevistas que deram luz ao estudo.

Meus filhos, Rubens, George e Douglas, minha inspiração! Vocês compõem meu universo, agora mais estrelado com os lindos netos que me deram e suas mães, Elane, Loraine e Michaela. Éramos quatro, hoje somos doze, frutos do amor perfeito. Eu simplesmente amo vocês!

“Não sou nem otimista, nem pessimista. Os otimistas são ingênuos, e os pessimistas amargos. Sou um realista esperançoso. Sou um homem da esperança. Sei que é para um futuro muito longínquo. Sonho com o dia em que o sol de Deus vai espalhar justiça pelo mundo todo”.

Ariano Suassuna

RESUMO

A expansão do capitalismo trouxe efeitos negativos à classe trabalhadora e suas expressões da questão social e exigiu dos estados a responsabilidade dessas demandas, através de políticas públicas sociais e para tanto, requereu o trabalho de vários profissionais, entre eles do assistente social. Esse profissional atua buscando acesso e garantias de direitos sociais da população usuária das políticas sociais da qual está inserida. A saúde é uma política social, campo de atuação do assistente social, onde se manifestam as maiores diversidades de demandas que incidem nas condições de vida dos usuários, necessidades essas que determinam as desigualdades em saúde. Dessa forma esse estudo analisa o trabalho do assistente social no acesso da população à saúde em uma unidade de média complexidade na cidade de Manaus, no intuito de desvendar suas demandas, seus desafios e estratégias, no contexto contraditório do Estado neoliberal brasileiro. A amostra compõe o quadro de 07 assistentes sociais que atuam na Policlínica Codajás, que através de formulários responderam aos objetivos, e juntamente com 25 usuários entrevistados forneceram material que foram analisados à luz de um referencial teórico pertinente à área da saúde e do Serviço Social. Os resultados apontaram as principais demandas e atividades realizadas pelas assistentes sociais como estratégias, principalmente o uso da rede de atendimento sociassistencial com encaminhamentos referendados, ações socioeducativas, sem contudo fortalecer a participação popular. Outro problema apontado pela pesquisa é o pouco conhecimento que a população tem de seus direitos, das instâncias em que deve recorrer, por desconhecerem a estrutura do SUS e seus níveis de atenção, e por isso recorrem ao Serviço Social da Policlínica, entendida como local “onde tudo se resolve”, ocasionando um volume de demandas que extrapola o atendimento diário das assistentes sociais. A pesquisa apontou que o espaço de trabalho é tensionado pela polarização entre a Unidade de saúde e as necessidades dos usuários na busca pelo acesso aos serviços de saúde. Os usuários, na busca pelos serviços em saúde deixam transparecer as múltiplas expressões da questão social, como desemprego e pobreza, dois importantes determinantes da saúde. É relevante que o assistente social que atua neste campo incorpore no seu processo de trabalho o conceito de saúde que considera as condições de vida dos sujeitos como determinantes e condicionantes de saúde. No Estado do Amazonas essas condições são agravadas por suas especificidades como questões geográficas e baixo financiamento das ações de promoção e prevenção, com impacto negativo na vida da população e conseqüentemente nas desigualdades de acesso à saúde. Assim o assistente social tem como desafio a consolidação dos princípios e valores contidos no seu Código de Ética e no seu Projeto Político Profissional, fortalecendo também os princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-chaves: Serviço Social, Saúde, Determinantes e Condicionantes da Saúde, Prática profissional.

ABSTRACT

The expansion of capitalism brought negative effects to the working class and its expressions of the social issue and demanded from the states the responsibility of these demands, through social public policies and to do so, required the work of several professionals, among them the social worker. This professional works seeking access and guarantees of social rights of the population using the social policies in which he is inserted. Health is a social policy, a field of action of the social worker, where the greatest diversity of demands that affect the living conditions of users is manifested, needs that determine health inequalities. In this way this study analyzes the work of the social worker in the access of the population to health in a medium complexity unit in the city of Manaus, in order to unveil their demands, their challenges and strategies, in the contradictory context of the Brazilian neoliberal State. The sample comprises the table of 07 social workers working in the Codajás Polyclinic, who through forms answered the objectives, and together with 25 users interviewed provided material that were analyzed in the light of a theoretical framework relevant to health and social work. The results pointed out the main demands and activities performed by social workers as strategies, mainly the use of the social care network with referrals, socio-educational actions, without strengthen popular participation. He missed putting more on as's AS work here. Another problem pointed out by the research is the little knowledge that the population has of its rights, of the instances in which they should resort, because they are unaware of the structure of the SUS and its levels of care, and therefore use the Social Service of the Polyclinic, understood as place "where everything is resolved", causing a volume of demands that goes beyond the daily service of social workers. The research pointed out that the workspace is tensioned by the polarization between the Health Unit and the needs of users in the search for access to health services. Users, in the search for health services, show the multiple expressions of the social issue, such as unemployment and poverty, two important determinants of health. It is relevant that the social worker who works in this field incorporates into his work process the concept of health that considers the living conditions of the subjects as determinants and health conditions. In the State of Amazonas these conditions are aggravated by their specificities as geographical issues and low financing of promotion and prevention actions, with a negative impact on the life of the population and consequently on inequalities of access to health. Thus, the social worker has as a challenge the consolidation of the principles and values contained in his Code of Ethics and his Professional Political Project, also strengthening the principles and guidelines of the SUS.

Keywords: Social Service, health, and Determinants of health, professional practice Restrictions.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
CEFESS - Conselho Federal de Serviço Social CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CAIMI - Centros de Atenção à Melhor Idade
CAICS - Centros de Atenção Integral à Criança
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensão
CER – Centro Especializado de Reabilitação
CID – Código Internacional de Doenças
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIC – Síntese dos Indicadores de Saúde
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEPLAN – Departamento de Planejamento
DST – Doença Sexualmente Transmissível
DISA – Distrito de Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS - Ministério da Saúde
MP – Ministério Público
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PMF - Programa Médico da Família
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNTN – Programa Nacional de Triagem Neonatal
PSF – Programa Saúde da Família
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSAM – Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: População do Amazonas, segundo o Grupo Etário, 2015	27
Gráfico 02: População do Amazonas segundo o grupo etário em 2015	28
Gráfico 03: Distribuição percentual da população em situação de pobreza em cada UF	30
Gráfico 04: Incidência de Tuberculose no Amazonas	34
Gráfico 05: Saneamento Básico por domicílio	36
Gráfico 06: Principais demandas	94
Gráfico 07: Idade dos usuários agendados	99
Gráfico 08: Demandas por Especialidade médica	101
Gráfico 09: Conhecimento sobre o Plano Estadual de Saúde	109
Gráfico 10: Princípios do SUS	112

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: as Regiões em Saúde no AMAZONAS	59
Quadro 02: Solicitação de Agendamento	71
Quadro 03: Estabelecimentos habilitados Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), 2016	77
Quadro 04: Solicitação de agendamento	103
Quadro 05: Solicitação de agendamento correta	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Indicadores de mortalidade por doenças definidas	32
Tabela 02: Estabelecimentos de Saúde da Rede na Capital Por Zonas Geográficas, 2015	61
Tabela 03: Rede de Saúde Estadual no Interior por Tipologia e Região de Saúde – Amazonas, Dez/2015	69
Tabela 04: Recursos físicos – Equipamentos – Amazonas	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Cenário da enchente dos rios, Anamã, AM, 2015	25
Figura 02: Cenário da enchente dos rios, Anamã - AM, 2015	25
Figura 03: Cenário da enchente dos rios, Anamã - AM, 2015	26
Figura 04: Níveis de Atenção em Saúde	46
Figura 05: Fluxo de acesso Central regional de Regulação	67
Figura 06: Cenários dos usuários na entrada da Policlínica	75
Figura 07: Cenários dos usuários no corredor principal da Policlínica	75

LISTA DE MAPAS

Mapa 01: Regiões de Saúde no Amazonas	60
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ENTRE O UNIVERSAL E O RESTRITO	15
1.1 - OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES SOCIAIS: EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA SAÚDE	16
1.1.1 – As Expressões da Questão Social na Saúde	21
1.1.2 – Indicadores Sociais no Amazonas sua relação com a saúde	24
1.2 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA POLÍTICA EM CONSTRUÇÃO	37
1.2.1 – Os Componentes e Diretrizes da Política Nacional de Saúde e os Níveis de Atenção	43
1.2.2 – Acesso e a Equidade dos Serviços de Saúde na Média Complexidade	52
CAPÍTULO 2 – A POLÍTICA DE SAÚDE NO AMAZONAS	57
2.1 – A SAÚDE NO AMAZONAS E SUA CONFORMAÇÃO	57
2.2 – O ACESSO REGULADO NA MÉDIA COMPLEXIDADE	64
2.3 – SERVIÇOS DE ATENÇÃO DA POLICLÍNICA FRENTE À DEMANDA DOS USUÁRIOS	73
CAPÍTULO 3 – O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLICLÍNICA DE MANAUS	84
3.1 – O ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE NO SUS	86
3.2 – O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS E POSSÍVEIS ENCAMINHAMENTOS PARA SUAS RESOLUTIVIDADES	91
3.2.1 – O atendimento do Serviço Social na Policlínica, na visão dos usuários dos serviços	99
3.3 – AVANÇOS E DESAFIOS DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLICLÍNICA CODAJÁS	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	120
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Os estados na expansão do capitalismo que traz efeitos negativos à classe trabalhadora e suas expressões da questão social teve de assumir essas demandas através de políticas públicas sociais e para tanto, requereu o trabalho de vários profissionais, entre eles do assistente social.

No que se refere ao assistente social, sujeito deste estudo, tem sua atividade profissional definida a partir das expressões da questão social, buscando acesso e garantias de direitos sociais da população usuária das políticas sociais da qual está inserida.

No caso específico deste estudo a área da saúde é onde se encontra o maior contingente desse profissional, e historicamente desde a criação dessa profissão no Brasil.

Na área da saúde as expressões da questão social são condicionadas por desigualdades sociais, subemprego, desemprego e vulnerabilidade de trabalhadores que buscam tratar de seus agravos em saúde nas políticas de saúde existentes em Manaus.

A autora deste estudo, como assistente social e profissional de saúde na média complexidade inserida na Ouvidoria da Policlínica Codajás recebe demandas de muitos usuários, ao mesmo tempo reclamações dos profissionais envolvidos de serviços não resolvidos.

Diante dessa demanda e como profissional privilegiou estudar a temática escolhida neste estudo, envolvendo o trabalho dos assistentes sociais na referida unidade de serviço em saúde.

Essa é uma das profissões históricas no campo da saúde que mais se aproxima do usuário e do cotidiano institucional, visto que as expressões da questão social que envolve o processo saúde-doença são essencialmente sociais, ou seja, os condicionantes e determinantes da saúde que sofrem os usuários e se conformam em demandas profissionais.

A saúde no Brasil tem o Sistema Único de Saúde – SUS que é viabilizado como uma política pública de saúde, que é de acesso universal do cidadão como direito e dever do Estado.

Nessa configuração, a política de saúde é considerada uma responsabilidade social e tem no assistente social, um dos principais interlocutores junto ao usuário no acesso a esse direito, o que na atual conjuntura de desmonte das políticas, se configura um grande desafio de atender as demandas amplas e diversificadas que se apresentam na interface do Serviço Social com a Saúde (MIOTO e NOGUEIRA, 2013).

A saúde é um dos espaços que vem ampliando a inserção do serviço social, por conter em seu contexto as diversas expressões da questão social, onde várias formas de violação de direitos sociais são presenciadas, dentre eles o acesso à saúde assegurado na Constituição federal de 1988, e passado mais de trinta anos ainda não atendidas na sua totalidade como preconiza o SUS, pelo Estado.

Embora o SUS caminhe nessa direção ainda não superou algumas contradições como a demanda reprimida, excluída, precarização de recursos, a quantidade e a qualidade no atendimento, entre outros.

No caso da instituição em análise, há gargalos como agendamentos em fila de espera, demora na autorização de consultas e exames, distância da moradia do usuário para a unidade de saúde, transporte, situação socioeconômica, são alguns desafios que requerem ação qualificada e compromissada do assistente social, entre outros.

Considerando esses problemas e os serviços ofertados na rede de saúde, visando garantir os princípios do SUS, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde agregando três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2010).

Na estruturação do Pacto pela Saúde, especificamente no Pacto de Gestão, se inseriu a Política de Regulação de Atenção à Saúde em 2010, conhecido como Complexo Regulador, desenvolvido por um aplicativo conhecido como Sistema de Regulação – SISREG, com o objetivo de criar condições de respostas às reais necessidades em saúde, em termos de demandas da população. O que se buscou assegurar foi o atendimento a partir de uma estrutura de serviços em redes articuladas em referência e contrarreferência sob a ótica da integralidade da saúde. Não está claro como se dá o acesso de modo geral e casos específicos o qual é demandado ao serviço social, entre outras profissões (BRASIL, 2006).

Esclarecemos que o Complexo Regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam, a partir de uma central que controla a rede de oferta de serviços. Esses agendamentos abrangem os três níveis de complexidade do SUS: atenção básica, média e alta complexidade (SUSAM, 2016).

Tem-se constatado, no setor de agendamento que as demandas qualificadas pelos profissionais responsáveis, encaminhadas para o fluxo das demandas solicitadas, não fica claro o agendamento de prioridades de riscos descritos por eles como espera —zero, uma vez que essas solicitações demoram no retorno dos agendamentos, necessitando a intervenção do profissional de serviço social.

No Amazonas esse modelo foi implantado com a Qualificação do Amazonas e de Manaus pela Portaria nº 3151GM/MS de 06/12/2007, e assim como os demais Complexos Reguladores está voltado à regulação do acesso à saúde (AMAZONAS, 2011, p.08).

Essa temática tem relação com a inserção dessa pesquisadora na área da saúde, em uma unidade que oferece serviços de média complexidade, onde percebeu a grande demanda que recorre ao Serviço Social procurando atender suas necessidades em saúde. Particularmente, na média complexidade esse desafio se apresenta como gargalo no atual modelo de atenção à saúde que se operacionaliza através do Complexo Regulador.

Nesse cenário surgiram questionamentos sobre as atribuições desse profissional na área da saúde: Quais as principais demandas que se apresentam ao serviço social? Quais estratégias desenvolvem no atendimento a essa demanda, considerando que a organização e a oferta desses serviços são operacionalizadas pelo Sistema de Regulação? Quais os limites e as possibilidades que esse profissional enfrenta na implementação da política de saúde na perspectiva universalizante nessa unidade de saúde?

Nesse sentido, é imprescindível desvelarmos as nuances que perpassam o trabalho dos assistentes sociais que necessitam de condições adequadas de trabalho, bem como as demandas específicas para o serviço social e demanda para a instituição de modo geral, que recaem para esses profissionais.

Desse modo o objetivo geral é: Analisar o Trabalho do Assistente Social no Acesso da População à Saúde em uma Unidade de Média Complexidade na cidade de Manaus. E como objetivos específicos:

- a) caracterizar as principais demandas dos usuários e serviços ofertadas na média complexidade (Policlínica Codajás);
- b) Verificar o agendamento via SISREG e no local Policlínica Codajás os desafios e avanços, bem como o estrangulamento do acesso, apontando os focos problemáticos que limitam os agendamentos de consultas e exame;
- c) Identificar as ações profissionais dos assistentes sociais na defesa do direito e acesso à saúde dos usuários desta policlínica.

Para atender aos objetivos configurou-se como estudo de caso, tipo explicativo de natureza quanti-qualitativa de dados empíricos.

Para os procedimentos metodológicos realizou-se a pesquisa empírica, com aplicação de formulários a uma amostra de vinte e cinco (25) usuários para colher dados sobre o acesso aos serviços de saúde, bem como entrevistou sete (07) assistentes sociais atuando nesta Policlínica, sendo universo e amostra, uma vez que a pesquisadora não entrou na amostra.

Para apresentar o resultado da pesquisa o mesmo se configurou em capítulos. No Capítulo I, analisamos a Política de Saúde vigente, destacando os princípios doutrinários do SUS e suas diretrizes, para entendermos como ele se organiza e como se operacionaliza, com intuito de analisarmos o modelo de atenção à saúde adotado pelo Estado do Amazonas.

No Capítulo II procuramos entender como se organizam os serviços de saúde no Estado do Amazonas e na capital, principalmente na média complexidade, onde existe uma grande demanda reprimida, que busca diariamente os serviços profissionais na tentativa de ter suas necessidades atendidas.

No terceiro e último capítulo apresentamos os resultados da nossa pesquisa de campo relacionada ao trabalho do assistente social, suas atribuições e desafios, e se oferece possibilidades de reflexão sobre a importância da atuação profissional, no contexto da saúde, bem como seus limites e suas possibilidades de avanços na consolidação do direito à saúde, no contexto neoliberal.

E para fechar o estudo tecemos as considerações finais pautadas nos resultados da pesquisa.

CAPÍTULO I – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ENTRE O UNIVERSAL E O RESTRITO

Neste capítulo descrevemos e analisamos a Política de Saúde no Brasil, no processo de trabalho do (a) assistente social, a partir do novo conceito de saúde descritos no Art. 3º da Lei 8.080/90, buscando entender sua relação com o modo de produção capitalista e consequentemente com os efeitos deste na qualidade de vida dos indivíduos.

Para tanto foi necessário resgatar o conceito de saúde antes da Constituição Federal de 1988, daí entender no novo conceito o sentido que se quer dar a saúde, bem como explicitar os seus determinantes e condicionantes sociais e sua relação com os agravos e iniquidades em saúde.

A referência que se faz da saúde nesse novo paradigma não se refere somente ao seu caráter social, mas coloca, a priori, o problema de sua articulação com outros processos sociais, ou seja, o problema de suas determinações, eminentemente sociais.

E, por entender que nesse processo saúde-doença tem um caráter social, o presente trabalho faz uma reflexão sobre esse processo que no olhar do assistente social se configura como uma expressão da questão social, mais que isso, traz em seu bojo outras expressões que o determinam. A população mais vulnerável enfrenta os problemas de saúde sob forte tensão das causas sociais que as afligem e ainda encontra barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Alguns autores iluminaram os estudos sobre esse tema, dentre eles os estudos de Nunes (2000); Barreto (2013); Canesqui (2000); Carvalho (2013) e Fleury (2009) que analisam os aspectos sociais da doença que influenciam nos agravos em saúde demonstrando, que a prevalência de determinada doença pode ser maior ou menor, conforme for o grau de desenvolvimento socioeconômico da população.

Em seguida discutimos, sob a luz de Yamamoto (2009) e Netto (2006), a questão social e sua relação com o modo de produção capitalista, gerador das desigualdades sociais e consequentemente das desigualdades em saúde. Assim traçamos uma rápida relação existente entre saúde, doença e questão social cujas expressões aparecem de forma visível nas demandas por saúde.

É um tema que merece estudo e atenção dos diversos atores sociais, destacados nesta pesquisa o assistente social, como profissional da saúde, e o Estado, definido como principal ator na oferta dos serviços de saúde.

Nesse entendimento do papel do Estado nessa política, o capítulo também discute os aspectos sociais que caracterizam e justificam a relação das condições de vida da população com os agravos no processo de adoecer, na cidade de Manaus.

Para tanto analisamos os indicadores sociais do Estado do Amazonas, com ênfase na capital Manaus, a partir de dados estatísticos do IBGE (2017), informações e conhecimentos sobre as relações entre os determinantes e a situação de saúde da população e seus rebatimentos na atenção de média complexidade.

Assim realizamos uma aproximação dos condicionantes sociais que implicam em agravos e iniquidades em saúde, e se tornam expressões da questão social, objeto de estudo e de trabalho do assistente social.

Se os condicionantes sociais estão descritos no Sistema Único de Saúde, contextualizamos a Política de Saúde que define esse sistema, a partir de seus componentes, princípios e diretrizes.

1.1 - OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES SOCIAIS: EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA SAÚDE

Entendemos que a saúde é parte integrante da vida de todo cidadão, faz parte do cotidiano e se manifesta em todos os âmbitos de vida do homem, e é foco de preocupação e estudo.

Segundo Laurel (1982), a saúde foi descrita durante muitos anos como um fenômeno meramente biológico desconsiderando o meio social a que o homem pertence, mas foi ao longo do tempo se reconfigurando e ganhando um novo paradigma, que incorporou o que vem se denominando de determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença.

A construção do conceito de saúde que reconhece o meio social como agente determinante e condicionante se deu ao longo do tempo, por vários processos de transformação que a sociedade viveu. E para se entender o caráter social da saúde devemos considerar as formações sociais em cada um dos momentos históricos.

Por isso discutimos aqui a correlação existente entre os determinantes sociais e o adoecimento no processo saúde/doença, perversa correlação que foi confirmada e definida na Lei 8080/90, Art. 3º, que diz:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização do País.

Há aqui uma relação intrínseca entre determinantes e a qualidade de vida das pessoas, que expressam a forma como essa sociedade se organiza. Há, portanto uma base material e humano-social que nos remete ao trabalho, suas condições e sua negação na sociedade capitalista (BUSS e PELLEGRINI, 2007).

Nessa nova sociedade que se estabeleceu, a capitalista, o conceito de doença, segundo Laurel (1982) está centrado na biologia individual, o que lhe nega o caráter social. E somente no final dos anos sessenta do século XX, é que se intensificou a discussão do caráter da doença. Social ou biológica? Esse questionamento se acirrou com o avanço da medicina trazendo em seu bojo proposta de mudança do paradigma dominante.

A autora apresenta duas explicações para esse questionamento. A primeira explicação está na crise política e social que foi acompanhada por uma crise econômica e com ela se entrelaça. A segunda está no interior da medicina, quando esta não consegue explicações para o fenômeno do adoecimento, tendo como um dos principais problemas de saúde que afligem os países industrializados, isto é, as enfermidades cardiovasculares e os tumores malignos.

No Brasil, segundo Carmo e Barreto (2007), no século XX, esses questionamentos também ocorrem relacionados ao processo de industrialização. São as intensas transformações, estruturais e populacionais que modificam, entre outros fatores, o padrão de morbimortalidade de uma determinada população.

Pode-se dizer, conforme os autores acima, que as mudanças no modo de produção refletem nas condições de vida da população e, exigem mudanças no modelo que se fundamentava apenas na técnica, desconhecendo ou menosprezando o conteúdo da totalidade e abrangência que envolve os problemas de saúde.

Outro pesquisador que discute esse tema é Nunes (2000). Para ele o início da reversão desse paradigma mecanicista ocorreu quando as respostas do modelo biologicista se tornaram insuficientes para explicar as causas e os tratamentos das doenças. Diante disso, avaliou-se a necessidade de considerar os fatores que influenciam o processo saúde-doença e da forma desigual em que esse processo ocorre.

Considerando os autores acima citados que em diferentes contextos histórico discutem e justificam os fatores determinantes e condicionantes da saúde, faz-se, então, imperativo analisar esse processo como construção social. Essa análise pressupõe pensar a saúde relacionada às condições de vida em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, permeadas por desigualdades de acesso a esses fatores que influenciam fortemente a qualidade de vida e saúde da população.

Entendendo a relação das condições de vida com o modo de produção, Garrafa (2015) diz que o homem para atender suas necessidades básicas, na sociedade capitalista, vende sua força de trabalho, e são as relações sociais de produção e as condições de trabalho e de vida da população que determinam a forma de viver, de adoecer e/ou de morrer dos indivíduos em uma sociedade.

Também se considera neste autor, o conceito que essa população faz de saúde ou de doença, dos fatores ideológico-culturais inerentes à população nativa, ou a fatores externos aos quais estão submetidos. Podendo inclusive uma classe social sobrepor suas ideias a uma classe subalterna.

Nesse sentido Fleury-Teixeira (2009, p. 384) afirma que:

As condições de habitação e ambientais do peridomicílio, a existência de restrições no acesso a alimentação e a outros bens fundamentais, as características físicas das atividades realizadas no trabalho, assim como as condições do ambiente em que se realiza o trabalho, podem implicar uma série de riscos a saúde que, em geral, estão além da possibilidade de controle por parte dos indivíduos.

Podemos dizer então que a doença tem um caráter social analisando as condições de vida da população, entendendo que o perfil epidemiológico comporta determinantes sociais, ou seja, relacionar as principais morbimortalidades com a forma de viver da população para entender a prevalência de determinadas doenças.

O conceito de saúde que engloba os determinantes sociais é reconhecido no Brasil, no Art. 196, da Constituição Federal de 1988, já com o novo paradigma, como um direito de todos e assegurada como dever do Estado, e sua garantia se dará por meio das —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.

Ao relacionar políticas sociais com políticas econômicas, a Carta situa que a saúde está condicionada ao modo de produção e reprodução da vida e do trabalho. Assim a assistência à saúde da população, deve ser por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Ressaltando que a integralidade, um de seus princípios doutrinários, na saúde pressupõe uma rede conectada aos diversos setores de forma a oferecer ações que atendam às necessidades da população além das demandas explícitas.

Mello (2007), diz que uma política social engloba atividades de estratégias pertinentes a minimizar os efeitos dos problemas sociais, advindos de uma carência, incapacidades individuais ou situação de violação de direitos.

Devem ser então, concebidas como uma rede de proteção e de bem-estar, implementada pelo Estado, que busca assegurar a todo o cidadão um nível mínimo de renda, alimentação, saúde, habitação e educação que devem ser tomados como direitos políticos.

Assim, a saúde é um direito e uma política social, pois ela é voltada para melhorar as condições sanitárias da população. Ela é um direito inerente à condição de cidadania e busca assegurar o acesso a serviços e ações dos legítimos usuários do sistema de proteção. Para melhorar as condições sanitárias, a política de saúde se conecta às demais políticas setoriais para garantir os seus condicionados, já citados nesta pesquisa.

É importante entender que na literatura utilizada observou-se que o conceito de condicionante sempre aparece junto com o conceito de determinante social da saúde. Na definição acima os termos determinantes e condicionantes estão agregados, o que gera um entendimento de complementariedade desses termos, e não podem ser entendidos separadamente.

Entende-se que a concepção de Determinação Social da Saúde é essencial para fomentar o debate acerca do conceito ampliado de saúde e da atuação profissional do Assistente Social junto ao SUS.

Contudo, tal concepção não é estanque e varia de autor para autor, apresentando-se assim diferenças substanciais no que concerne o entendimento de Determinantes Sociais da Saúde.

Esses determinantes são discutidos por Fleury-Teixeira (2009, p. 381):

É um consenso quase incontestável que no âmbito do pensamento social contemporâneo que os indivíduos são fortemente determinados por sua posição na sociedade. Todos reconhecem que os meios materiais e espirituais para o desenvolvimento e realização de capacidades aos quais os indivíduos têm acesso no curso de suas vidas, assim como a teia de relações peculiar em que cada indivíduo realiza a sua existência, definem possibilidades e formam características das existências individuais.

Essas determinações atravessam todos os níveis da vida social, incluindo a saúde, desde o nível mais amplo, onde as relações econômicas macrosociais definem o plano mundial, até a última mediação na determinação da vida de cada indivíduo, que é o próprio indivíduo.

Embora elas reflitam as condições socioeconômicas da população através dos indicadores sociais, e mostrem condições de vida distintas a partir das classes sociais, elas refletem também que as iniquidades em saúde atingem todas as camadas sociais. Estudos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2006, apontam que:

Um dos principais desafios desses modelos explicativos é o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais globais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais estes fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. É este complexo de mediações que permite entender por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores da riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde (BUSS & PELLEGRINI, 2006, p.01).

Refletimos que o PIB total ou PIB per capita, ou seja, o volume de riqueza que uma sociedade gera é um elemento fundamental para proporcionar melhores condições de vida e de saúde, mas não é decisivo para explicar as condições de saúde. Os autores acima apontam que —o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um dado país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui” (p.01).

Essa desigualdade na distribuição de renda gera um impacto negativo sobre a situação de saúde de um país em todas as camadas sociais, o que diferencia essa situação é a renda que cada classe disponibiliza para cuidar da saúde. Os condicionantes se apresentam de forma diferenciada para as classes sociais, para os menos favorecidos os efeitos dos condicionantes oriundos das necessidades não atendidas geram iniquidades que se agravam com o escasso investimento do Estado em capital humano (BUSS e PELLEGRINI, 2007).

Conhecendo as condições de vida da população e a realidade das demais políticas setoriais, e os efeitos dos condicionantes que determinam a saúde, o Estado pode atender as necessidades em saúde da população. Vale ressaltar que as formas de oferecer acesso aos serviços de saúde não acontecem de forma igual entre os países, estados e municípios.

No relatório —Rastreamento a cobertura de saúde universal: relatório de monitoramento global 2017¹¹, publicado simultaneamente pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), relaciona o acesso a serviços de saúde com a condição de vida da população, considerado como determinante desse processo, concluindo que a metade da população mundial não tem acesso a serviços de saúde essenciais.

Essa desigualdade está presente em todos os países, se apresentando de forma desigual nos países diferentes níveis de desenvolvimento e de riqueza entre os continentes, os países, os estados de um mesmo país e dos municípios desses estados. Algumas dessas diferenças poderiam ser apenas diferenças de sexo, de faixa etária ou de etnias.

Contudo as diferenças transformam-se em desigualdades e, com muita frequência em iniquidades, já que as relações de poder, o acesso e a posse de bens e serviços, que são produzidos coletivamente, são desigualmente distribuídas. (IDEM)

Nessa linha de pensamento, os dados referentes ao processo saúde-doença de uma determinada sociedade podem revelar os principais agravos na saúde, o que nos leva a inferir que a relação da qualidade de vida da população é um forte condicionante no aparecimento das doenças.

No Brasil a Síntese de Indicadores Sociais é uma importante fonte de informações para a análise das condições de vida da população brasileira e reflete, em sua estrutura temática e abordagem conceitual, a trajetória dos mais de 40 anos do IBGE na produção e análise dos Indicadores Sociais.

Vários indicadores sociais são analisados pelo IBGE e retratam as condições de vida de uma sociedade, em um limitado espaço geográfico e inclui componentes como fecundidade, mortalidade e migração, assim como, o tamanho da população, sua dinâmica no tempo, sua distribuição espacial e sua composição, segundo diferentes características do aspecto demográfico analisado.

Todos esses indicadores determinam ou condicionam as condições de saúde da população, por isso a análise dos indicadores da qualidade de vida e a situação socioeconômica merecem atenção especial. Eles demonstram as condições de saneamento básico, a coleta de lixo, o abastecimento de água e de energia elétrica, responsáveis por várias doenças e mortes decorrentes de sua ausência ou precariedade. Esses indicadores determinam as condições socioambientais de habitação das populações e sua ausência implica uma série de risco à saúde, principalmente nas populações mais vulneráveis, o que implica uma relação com as expressões da questão social.

1.1.1 – As Expressões da Questão Social na Saúde

Ao discutirmos os determinantes sociais da saúde entendemos que há quase um consenso quanto ao reconhecimento de que a situação socioeconômica dos indivíduos condiciona sua saúde, bem como agrava as situações de doenças.

Nessa linha de pensamento a população mais vulnerável enfrenta os problemas de saúde sob forte tensão das causas sociais que as afligem. Assim, o reconhecimento dos determinantes sociais das doenças expressa múltiplas expressões da questão social.

Segundo Iamamoto (2009) a questão social é a expressão das desigualdades e lutas sociais que se manifestam de forma múltiplas e envolve todos os segmentos da sociedade. E acrescenta que ela deve ser apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, pois —a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos é privada, monopolizada por parte da sociedade (p. 27).

Ocorre nesse processo de produção uma separação de classe entre a que detém os meios de produção e dos que vendem a sua força de trabalho produzindo as desigualdades sociais e suas múltiplas expressões da questão social, a exemplo: violência, miséria, desemprego, discriminação, abandono, tráfico de drogas, prostituição dentre outros. O capitalismo renegou ao indivíduo o direito de pertencer a esse contexto de produção, pois o trabalho produzido neste sistema é coletivo, enquanto a produção não é socialmente distribuída (IDEM).

Na sociedade brasileira, conforme Santos (2008), a questão social sofre influências de ordem política, econômica, social e regional, tendo em vista o processo de formação histórica da sociedade brasileira exploratória e excludente e do processo de apassivamento do trabalhador brasileiro.

A autora apresenta o desemprego como uma particularidade que elucida de forma mais precisa as expressões da questão social no Brasil. Considerando que o trabalho é um elemento fundante da sociabilidade, o desemprego aparece como uma expressão da desigualdade “produzida e reproduzida no âmbito do modo capitalista de produção e sua lei geral de acumulação” (p.13).

Analisando a questão social brasileira, a autora afirma que o desemprego e as diversas formas de subemprego, como a flexibilização estrutural do mercado de trabalho e à precariedade na estrutura de ocupações, têm características específicas na sociedade brasileira e uma relação indissociável com a formação social brasileira, são particularidades próprias de países do capitalismo retardatário.

Em nossa análise entendemos que as desigualdades sociais correspondem a uma condição de vulnerabilidade social relacionada ao trabalho e/ou sua ausência e precarização que condicionam a situação de saúde do indivíduo.

Netto (2009) nos lembra que o trabalho é fundante do ser social, ou seja, é sua base fundamental e no sistema capitalista a maioria da população trabalha vendendo sua força de trabalho para garantir sua sobrevivência. Nessa perspectiva de análise podemos afirmar que

existem diferenças visíveis entre trabalhadores e capitalistas, tanto nas condições de vida quanto no acesso aos direitos.

Utilizando esse pensamento de Netto(2009) inferimos que a questão social representa uma perspectiva de análise da sociedade, entendendo o que essas desigualdades produzem e como elas interferem na qualidade de vida da população, é por isso que se diz que a saúde e a forma desigual de acesso aos serviços devem ser analisados sob o prisma das relações sociais capitalistas.

Quando discutimos nesse trabalho a relação do processo saúde-doença com a desigualdade social como gerador da desigualdade em saúde, percebemos os diversos elementos que particularizam a questão social brasileira e conseqüentemente um condicionante da saúde. Por isso, corroboramos com Oliveira e Santo (2013, p.17) que a saúde “deve ser considerada em relação contínua e dinâmica com as determinantes objetivas: sociais, políticas, econômicas, culturais; dado o seu caráter interdependente, porque partícipe, da estrutura social e de seus desdobramentos”.

Dessa forma o Serviço Social analisa essa relação contínua e dinâmica das relações sociais e os determinantes, apreendendo o contexto das desigualdades e buscando formas de superá-las, entendido como grande desafio enfrentado também, por outros profissionais da área da saúde. E defendem o Estado como provedor das políticas públicas que devem atender as necessidades em saúde da população considerando os determinantes sociais.

Contudo o Estado tem uma relação de poder submetida aos interesses econômicos e políticos da classe dominante, diferentemente do Projeto Profissional da categoria, que tem uma direção social voltada à classe subalterna. Isso não significa dizer que os assistentes sociais analisem e incorporem ao seu fazer profissional no campo da saúde os DSS. É bom lembrar que a OMS tem, na contemporaneidade, uma posição favorável a vertente neoliberal, o que implica na postura profissional individualizando as ações que pode ser considerada uma posição positivista, mecanicista e abstrata, diferentemente das ações propostas pela Reforma Sanitária.

No atual estágio da globalização com o acirramento da desigualdade na distribuição da riqueza entre os grupos sociais, num contexto que deixa nítidas as expressões da questão social, tais como, desemprego, fome, moradia precária, falta de leitos nos hospitais, difícil acesso às consultas e exames, entre outros, a necessidade de uma intervenção da ação do Estado, expressa em políticas sociais é gritante. Paralelamente a esse cenário há um Estado com políticas sociais restritas e focadas a pequenos grupos sociais.

Autores como Yamamoto (2006) e Barreto (2004) confirmam essa retração na intervenção do Estado no que se refere às suas responsabilidades sociais, quadro que agrava as condições de vida dos segmentos majoritários da população brasileira. Esse cenário nos remete aos problemas de saúde relacionadas aos problemas sociais, ou seja, com as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, denominadas de determinantes sociais da saúde.

E foi nessa linha de pensamento que a reforma sanitária brasileira conduziu a construção do Sistema Único de Saúde que hoje tem como grande desafio consolidar seus princípios antenados a uma política de redistribuição de renda no intuito de reduzir os danos causados à saúde relacionados às desigualdades sociais.

Uma política que desenvolva ações visando erradicar as causas sociais da doença, ou seja, a resolutividade das múltiplas expressões da questão social tão presente na área da saúde.

1.1.2 – Indicadores Sociais no Amazonas sua relação com a saúde

Os indicadores sociais no Estado do Amazonas, apontados pelo IBGE (2016), revelam um desequilíbrio social que reflete na qualidade de vida da população. Suas características geográficas são diferenciadas das demais regiões, vasta extensão territorial, grande contingente indígena e imensa variedades de doenças tropicais, ocasionadas pela proximidade da floresta. Isso já seria suficiente para diferenciar as condições de saúde no Estado.

Outro fator que agrava essa situação, de acordo com o Plano Estadual da Saúde da Secretaria de Saúde do Estado – SUSAM (2016, p.41), são:

As grandes enchentes figuram entre os desastres naturais que mais ocorreram nos últimos cinco anos no Amazonas. Além do transtorno socioeconômico, esses desastres naturais comprometem a saúde humana. As doenças de veiculação hídrica (doenças diarreicas, hepatite A, leptospirose, dentre outras) e os agravos relacionados a animais peçonhentos que são típicos das enchentes dos rios amazônicos.

Essas condições climáticas causam grandes danos à saúde, pois nesse período formam-se os criadouros de parasitas, aumentando a transmissão de doenças causadas por vetores, como a malária, dengue dentre outros. Com as enchentes os estabelecimentos de saúde não funcionam, a água fica contaminada o que agrava mais ainda a saúde da população. Abaixo podemos ver imagens da extensão das enchentes.

Figura 01: Cenário da enchente dos rios, Anamã, AM, 2015



Fonte: SUSAM, 2016

No Amazonas é comum as cidades ficarem metade do ano na terra e outra metade na água. É o caso de Anamã que em meados de dezembro até meados de junho, com o aumento das chuvas, os rios Purus e Solimões são elevados e inundam a cidade. Nesse período surgem os problemas: a ausência de rede de esgoto causa vazamento das fossas causando contaminação da água, o solo barrento não retém o fluxo de água, aumentam as picadas de insetos e cobras, ataques de jacarés, os peixes morrem, entre outros.

É nessa época que ocorrem surtos de diarreia, micoses, hepatite A e B. As pessoas caminham pelas ruas ainda pouco alagadas, porém com água suja e contaminada pelos coliformes fecais das fossas sanitárias. Uma água pesada e que se move lentamente (ZUKER, 2019).

Na figura abaixo verificamos um cortejo fúnebre nesse período de cheia, única forma possível de transporte.

Figura 02: Cenário da enchente dos rios, Anamã - AM, 2015



Fonte: SUSAM, 2016

A cidade fica completamente alagada no período da cheia. Cenário que modifica toda rotina da população. O Hospital da cidade, que também fica alagado, é transferido para outro local funcionando de forma precária, causando mortes e agravos evitáveis com a prevenção.

Figura 03: Cenário da enchente dos rios, Anamá - AM, 2015



Fonte: SUSAM, 2016

Quem pensa que no período da várzea, recuo das águas, a situação fica favorável à saúde, se engana. A várzea deixa os coliformes fecais mais concentrados e a água mais poluída. Dessa forma, o ciclo das águas dita as regras de sobrevivência da população, ou seja, os problemas surgem e terminam com as águas.

Estas características ambientais e sociais da Amazônia brasileira, conhecido como fator Amazônico, são relevantes para a determinação dos quadros epidemiológicos e, também, com implicações para a assistência à saúde. Os principais deles são: geográfico, mobilidade da população, imunidade da população, percepção de risco, controle de vetores, e dinâmica da doença.

Segundo Confalonieri (2005) o espaço Amazônico, formado pelas interações sociedade-ecossistemas apresenta, sob o ponto de vista epidemiológico, características diferenciadas em relação ao restante do país. Essa diferenciação é dada tanto pela base ecológica natural como pelas formas de sua ocupação e exploração.

São fatores que devem ser considerados na construção de políticas públicas. A saúde apresenta como um dos seus princípios a equidade, que tem como premissa tratar de forma desigual os desiguais, no entanto isso não ocorre. O Ministério da Saúde é injusto quando trata os diferentes como iguais, quando trata os estados mais pobres da federação como trata os demais estados, ou seja, trata a região Norte como trata a região do Sudeste.

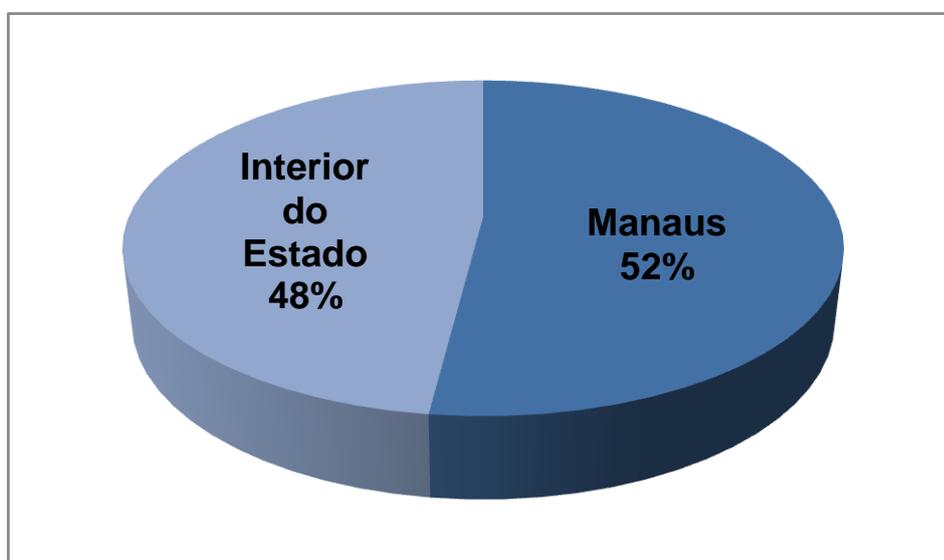
Quando comparamos a saúde no Amazonas com a do Estado de São Paulo observamos que este tem a cada 30 quilômetros vários hospitais de qualidade, faculdades de medicina, tecnologias de laboratórios e pesquisas científicas. Segundo dados da Secretaria de Saúde de São Paulo, entre 2011 e novembro de 2017 onze novos hospitais estaduais foram entregues à população, acrescentando 703 leitos à rede pública (São Paulo, 2019).

Já na Amazônia temos escassez e distâncias, povos isolados nas florestas e ribeirinhos perdidos nos seus confins. E recebem menos recursos porque tem poucas ou quase nada de institutos de pesquisas e laboratórios de alta tecnologia.

Neste ponto a Constituição fala em equidade, mas ela ainda não chegou aqui no Estado do Amazonas. Os gestores já questionam este tratamento desigual e algumas pesquisas têm apresentado o fator Amazônico como referência para o financiamento equitativo.

O Estado tem uma população estimada em 4.063.614, segundo PNAD do IBGE (2016), distribuída conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 01: População do AM segundo a situação do domicílio, 2015

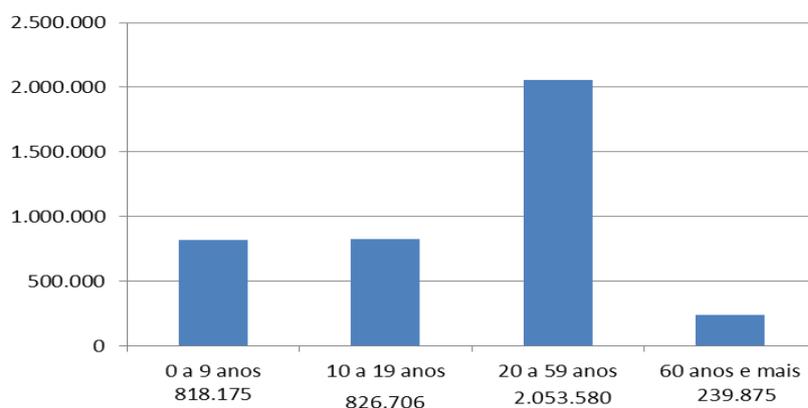


Fonte: Pesquisa bibliográfica, 2015.

Essa é uma característica específica do Estado que tem uma baixa densidade demográfica com 52,2% do total da população residindo na capital e 47,8% no interior do Estado, cujo grau de acesso aos serviços públicos é menor.

Essa população é predominantemente jovem, apresentando a maior concentração na faixa etária de 0 a 19 anos. Desse grupo as crianças de 0 a 9 anos representam 20,8% da população total, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 02: População do Amazonas, segundo o Grupo Etário, 2015.



Fonte: População estimada IBGE 2015.

No Amazonas as ações em saúde voltada à esse grupo etário, conforme a NOB/96, deveria estar sob a responsabilidade do município, contudo está parcialmente sob a responsabilidade do Estado. É o caso dos CAICs que atendem o público de 0 a 14 anos, que demanda o acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento, a fim de identificar, precocemente, transtornos que possam afetar sua saúde e, em especial, sua nutrição, sua capacidade mental e social.

As características demográficas são importantes, pois é a partir delas que se estabelecem as prioridades nas políticas públicas. O estilo de vida influencia os níveis de saúde e de qualidade de vida dos grupos, e devem ser utilizados para planejar as ações em saúde de forma regionalizada na esfera estadual. Também são importantes por subsidiar políticas de redução das desigualdades sociais e conseqüentemente, as desigualdades em saúde (BENTES, 2014).

De acordo com a Carta, os grupos por ciclo de vida condicionam para determinados tipos de patologia, que podem ser agravados pelos determinantes em saúde, ou seja, a população mais jovem está propensa a desenvolver doenças que são mais raras entre os mais velhos.

O grupo de 10 a 19 anos, cujos adolescentes estão em 21% e, estão em uma fase da vida cujo risco de comprometimento à saúde é prevalente. Dentre os comportamentos de risco podemos citar consumo abusivo de álcool, hábitos alimentares inadequados, consumo de drogas ilícitas, gravidez indesejada, e várias situações de violência.

O grupo de 20 a 59 anos, os adultos, demandam acompanhamento e o controle das doenças de maior risco, como as doenças crônicas não transmissíveis, causas externas e transtornos mentais e comportamentais.

Com relação ao grupo dos idosos observa-se que está em ascensão com 6,1% do total da população. O fenômeno do envelhecimento é uma tendência da população brasileira, resultante, principalmente, da diminuição dos índices de mortalidade e da fecundidade. Essa população aumentou 28%, entre 2010 e 2015, e apresenta alta utilização dos serviços de saúde e elevado índice de permanência e reinternação hospitalar (AMAZONAS, 2016).

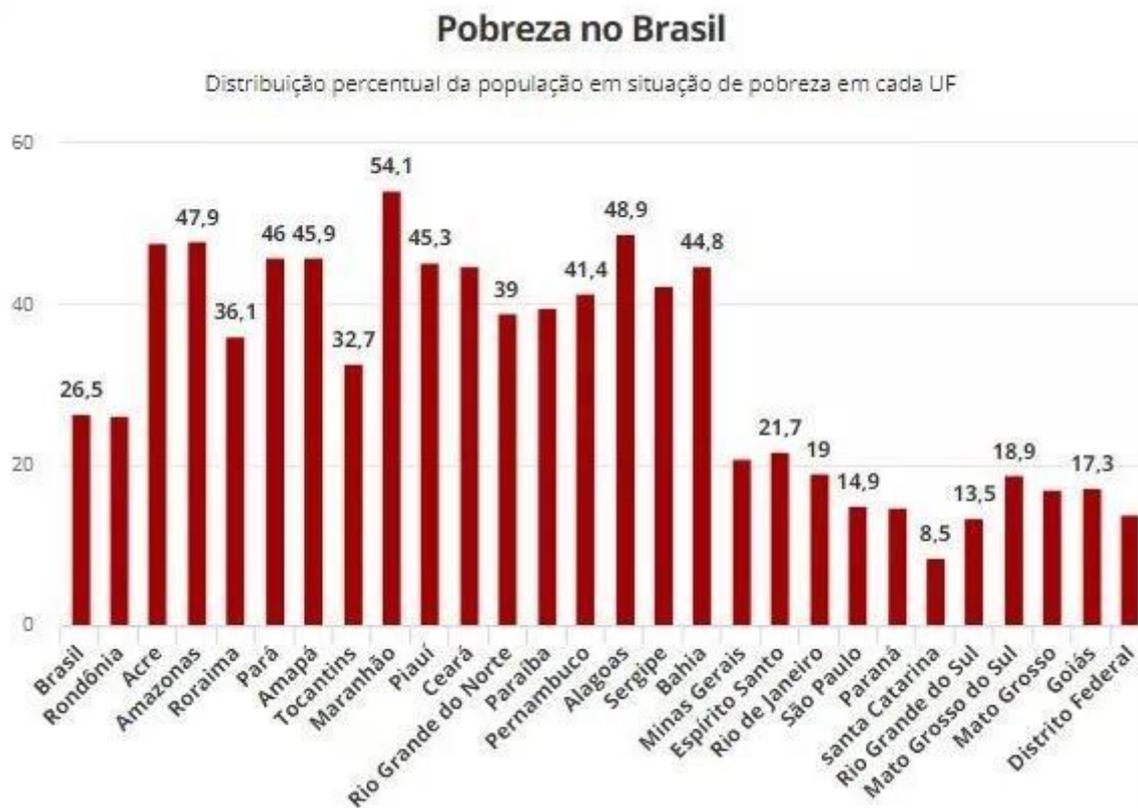
No entanto, para esse público, o Estado oferece apenas 03 (três) unidades de saúde específicas, os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade – CAIMI, quantidade insuficiente para atender à demanda crescente. O Estado deve inovar com estratégias de avaliação e acompanhamento para os diferentes grupos da população idosa.

O cuidado à saúde desse público, segundo a NOB/96, com o processo de descentralização, é do município, mas “demagógicamente o Governo do Estado mantém os Centros de Atenção Integral à Melhor Idade – CAIMIs, concorrendo paralelamente com as UBSs e Saúde da Família do Município, realizando os mesmos serviços” (SASSAKI *et. al.*, 2009:07).

De acordo com os dados colhidos por esta pesquisadora a oferta de consultas e exames a esse público não atende à necessidade demandada, idosos aguardam meses na fila de espera para especialidades médicas e exames mais complexos. Assim deduzimos que não há multiplicidade na oferta, pois além do número insuficiente de CAIMIs para a população demandante, essas unidades de saúde não oferecem consultas especialidades, produzindo uma desigualdade em saúde para a população idosa.

Outro dado relevante apresentado pelo IBGE (2018) diz que 47,9% da população do Estado está em situação de pobreza, é o terceiro mais pobre do Brasil, conforme observamos no gráfico abaixo:

Gráfico 03: Distribuição percentual da população em situação de pobreza em cada UF.



Fonte: Fundação de Vigilância Sanitária - AM, 2018.

O Estado tem 62 municípios, dos quais 53 não tem ligação com a capital via terrestre. Dessa forma o acesso a bens e serviços demora até dezenove dias para se efetivar isso compromete o acesso à educação, alimentação, saúde, entre outros. São dados que interferem no emprego e renda da população dos municípios isolados em si mesmos pelas águas dos rios.

Barbosa (2004, p.46) relata em sua pesquisa que esse isolamento:

Afeta não somente as relações econômicas e sociais internas, mas, também, de forma muito importante, o contato do estado do Amazonas com o resto do país, de onde provém a maioria dos produtos não originários que a população consome, assim como praticamente todos os insumos e peças para a indústria e serviços públicos.

São peculiaridades que faz a maioria dos municípios possuir alto percentual de pessoas com rendimentos abaixo da linha de pobreza. Ainda ressaltamos que o baixo índice populacional e o baixo nível de renda elevam a concentração de renda afetando negativamente o nível de pobreza. “Soma-se a isso a concentração da terra e da renda e o fato de o investimento estadual em infraestrutura não acompanhar o processo de “metropolização” de Manaus, tem-se por resultado um elevado percentual de pobreza” (BARBOSA, 2004, p.50).

Esse quadro de pobreza é contraditório, já que o desenvolvimento econômico do Estado cresceu, apresentando um PIB de R\$ 23.675 milhões, tendo como mola propulsora a Zona Franca de Manaus. Esse quadro multiplica as expressões da questão social no Estado (AMAZONAS, 2016).

Almeida (2016) afirma que a questão social se funda nas condições históricas que condicionam uma subalternidade de uma classe ao jogo de forças e interesses da acumulação do capital, forjadas no bojo do desenvolvimento da sociedade capitalista. É, portanto, impensada fora da sociedade de classes e seus antagonismos constituintes.

Essa condição de subalternidade, pela venda da força de trabalho, gera as desigualdades sociais e conseqüentemente as desigualdades em saúde.

Fleury (2009) afirma que “as condições sociais são efetivamente base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde” (p.384).

O crescimento populacional é outro indicador importante. Como Manaus abriga mais da metade da população do Estado, foi onde ocorreu o maior crescimento populacional, segundo dados do IBGE (2017). Em relação às demais capitais brasileiras é a sétima mais populosa com o percentual de 2,51%, maior que o crescimento nacional. Esse aumento da ocupação territorial trouxe um expressivo aumento na taxa de urbanização, na cidade de Manaus e está associado tanto à migração interna quanto a migração externa. Em 2010, se tornou porta de entrada para imigrantes haitianos e mais recentemente os imigrantes venezuelanos.

Nesse contexto de intenso crescimento populacional, cresceu também a demanda por serviços públicos essenciais, como moradia, saneamento básico, educação, transporte, saúde, entre outros. A cidade requer ampliação de recursos financeiros e investimentos ousados nas diversas áreas de atuação do poder público, dentre elas a saúde. Muito há que se investir no desenvolvimento de projetos e programas sociais que atendam às necessidades demandadas desse crescimento desordenado e acelerado. Isso altera os condicionantes da saúde e reflete diretamente no processo saúde-doença da população (BENTES, 2014).

Conforme a Secretaria Estadual da Saúde – SUSAM (2015, p.8) essa:

Transição demográfica observada no Estado do Amazonas apresenta impactos significativos na saúde da população, trazendo novas formas de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS, principalmente em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis.

A política de saúde considera doenças crônicas não transmissíveis, as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus, doenças respiratórias, artrite reumatoide e hipertensão, e se configuram em fatores de risco e acesso a serviço de saúde. Essas doenças são a causa de, aproximadamente, 74% das mortes no Brasil e têm uma forte relação com alimentação inadequada e não saudável, bem como as condições de trabalho (AMAZONAS, 2016).

De acordo com o Relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS de 2008, essas mudanças nas causas de mortalidade, chamada transição epidemiológica, ocorreu no Brasil durante os anos 1960, mas no Amazonas só ocorreu nos anos 1980, observando que os índices de mortes por doenças infecciosas ainda prevalecem acima da média nacional.

O Relatório diz que as mudanças na estrutura etária, urbanização e desenvolvimento são as que propiciam, de forma precoce, as condições de crescimento das doenças crônicas não transmissíveis.

Dentre as doenças crônicas o Boletim de Vigilância Sanitária (2016) divulgou os dados de mortes por doenças crônicas em Manaus, dentre elas as neoplasias com 17,8%, as cardiovasculares com uma taxa de 17,4%, e as parasitárias 6,9%.

Considerando que 40,9 das mortes não têm causa definida, esses índices podem sofrer alterações, conforme tabela abaixo:

Tabela 01: Indicadores de mortalidade por doenças definidas

REGIÕES/MUNICÍPIOS	MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS DEFINIDAS			
	D. Aparelho Circulatório	Causas Externas	Neoplasias	D. Infecciosas E parasitárias
Entorno de Manaus e Rio Negro	17,5	17,4	17,2	7,0
Autazes	20,1	17,3	14,4	8,6
Barcelos	8,8	24,5	5,9	9,8
Careiro	20,8	15,1	8,5	3,8
Careiro da Várzea	18,0	9,8	4,9	6,6
Iranduba	22,5	20,7	20,3	5,9
Manaquiri	25,9	17,2	20,7	5,2
Manaus	17,4	17,0	17,8	6,9
Nova Olinda do Norte	19,8	10,4	10,4	7,3

Fonte: Boletim da Vigilância Sanitária, 2018.

A primeira causa de morbimortalidade em Manaus são as Neoplasias, com uma taxa de 17,8%, ocupando a terceira causa de morte no Estado. Segundo o Instituto Nacional do

Câncer – INCA (2018) a projeção de casos novos para o Amazonas será de 4,2 mil, sendo o câncer de próstata o maior entre os homens e o câncer de colo de útero entre as mulheres. Um dos principais desafios para a redução dessas taxas de incidência e mortalidade é a participação dos gestores municipais no desenvolvimento de ações educativas e preventivas.

Uma das recomendações do INCA, que segue a recomendação da OMS, é o consumo diário de frutas variadas e hortaliças, pelo menos cinco vezes ao dia; alimentos ricos em fibras e substâncias antioxidantes, que protegem contra a maioria dos tipos de câncer. Deve-se ingerir menos alimentos gordurosos, salgados e enlatados e ainda praticar alguma atividade física.

Assim, os serviços de saúde em suas ações educativas e preventivas devem entender melhor as relações entre o consumo alimentar, o estilo de vida, os efeitos ambientais e as ocorrências de neoplasias. O consumo desses alimentos não é possível para os 49,9% da população pobre, ficando expostos aos riscos e agravos das neoplasias e outras doenças (INCA, 2018).

As causas externas, de acordo com o quadro, aparecem como segunda causa de morbimortalidade no Amazonas, compreendendo aí os acidentes e as violências, tanto no trânsito quanto domésticas, que também são consideradas caso de saúde pública.

Como terceira causa aparecem as doenças cardiovasculares que conforme Medeiros *et al.* (2014) têm uma forte relação com os riscos ocupacionais. Após o processo de industrialização a ocupação humana passou por transformações no hábito de vida, como consequência das péssimas condições de trabalho, expropriação de suas terras, moradia precária.

Essas doenças são causadas e agravadas com o advento do processo de industrialização brasileira que promove a crescente urbanização, com trabalhadores migrando do campo para a cidade. Como na cidade não encontram o trabalho esperado, todas as suas necessidades básicas e sua qualidade de vida fica comprometida. As mudanças do campo para a cidade trazem mudanças na alimentação e modo de vida dessa população, que também influencia no aparecimento e/ou agravos nas doenças cardiovasculares (BARBOSA, 2004).

Coloca, portanto, em risco os condicionantes e determinantes da saúde, o que impactará, certamente no processo de adoecer da população (BENTES, 2014).

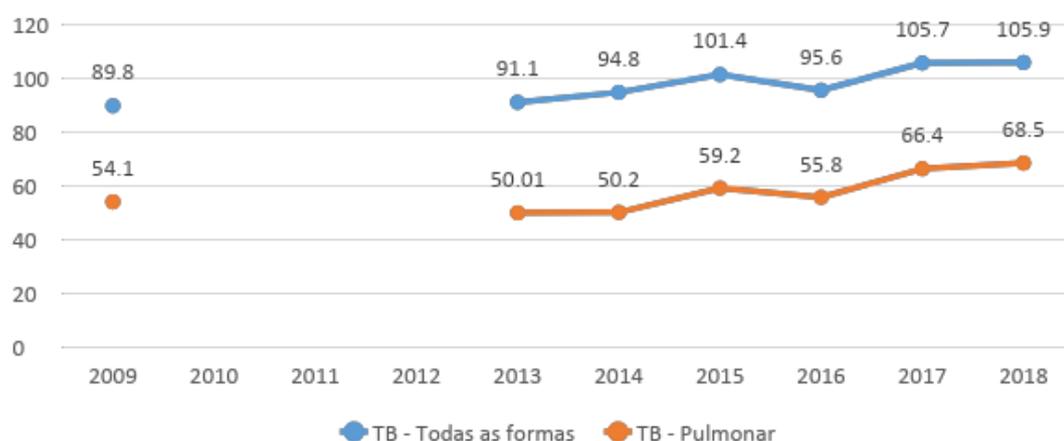
O Estado tem como desafio enfrentar e deter o avanço das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais, as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial) e diabetes mellitus. A SUSAM (2016) entende que essas doenças têm como fatores intermediários de riscos modificáveis: tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e

alimentação inadequada, que requer a mudança e reeducação diárias dos hábitos na vida do indivíduo.

Bentes (2014) ao analisar os indicadores sociais de Manaus em 2014, aponta que o crescimento urbano da cidade de Manaus não foi acompanhado pela oferta de emprego, colocando 1/3 da população no mercado informal como alternativa de sobrevivência. Os salários incertos, a precarização das condições de trabalho, exposição às intempéries do sol e chuva, entre outros, combinam fatores que contribuem para o aparecimento de doenças e/ou seus agravos.

Outras doenças ocasionadas pelo impacto nas condições de vida das famílias com menor renda são observadas no Amazonas, de acordo com os dados abaixo:

Gráfico 04 : Incidência de Tuberculose no Amazonas



Fonte: FGV, 2017

Os dados da FGV (2017) põe em cena os agravos e a reincidência de outras doenças no Estado, como o alto índice de pessoas com tuberculose, de 3.117 casos novos em 2017, apresentando um índice 68,5 para cada mil habitantes, mais que o dobro da média nacional que é de 32,4 casos. Desses casos novos 73,7 conseguem tratamento e cura (FGV, 2017). De acordo com a SUSAM (2017) isso é um sério problema de saúde pública, por ser uma doença infecto contagiosa que se não tratada transmite a outras pessoas e pode levar a morte.

Segundo a coordenadora estadual do Programa de Controle da Tuberculose da instituição, Marluvia Garrido, em entrevista ao G1 AM em 22/03/2018:

Essa situação de doença permanente na população, registrada em todos municípios do Amazonas, e que nem todos realizam busca ativa dos casos, faz com que as pessoas doentes transmitam para outras pessoas a bactéria. E aí nós temos parte da população que está infectada com a bactéria e que, devido a vários fatores, pode adoecer a qualquer momento. Principalmente [em razão de] HIV, presença de diabetes, outras doenças imunossupressoras, as situações precárias de vida, má alimentação, associação com álcool e cigarro, drogas ilícitas e o próprio

envelhecimento da população. A pobreza também está muito associada historicamente [à doença].

A coordenadora desse Programa, também afirma que houve uma melhora no acesso e no diagnóstico, mas não houve acompanhamento nos casos de desistência do paciente. O absenteísmo é alto e a busca ativa é quase inexistente, o que coloca em risco, não só o infectado e sua família, mas uma parte da sociedade mais vulnerável a doenças infectocontagiosas, como os acometidos pelas ISTs, diabetes, e situações precárias de vida.

Embora a tuberculose se manifeste em todas as classes sociais, a situação socioeconômica desfavorável é um fator relevante, bem como a sua ligação com outras doenças que deixam o sistema imunológico enfraquecido.

Segundo Laurel (1982, p.3):

Ainda que provavelmente a "história natural" da tuberculose, por exemplo, seja diferente, hoje, do que era há cem anos, não é nos estudos dos tuberculosos que vamos apreender melhor o caráter social da doença, porém nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentem.

Nesse caso, a autora recomenda que antes de estudar os grupos patológicos deve-se primeiro buscar as diferenças nos perfis patológicos, ou seja considerar o tipo de patologia e a frequência que determinado grupo apresenta em um dado momento.

Outra doença infecciosa que persiste no Estado, segundo o relatório da SUSAM (2016), é a hanseníase, com 446 casos novos em 2017, equivalentes a uma taxa de 10,6/100.000 habitantes. Desse número 126 são provenientes de Manaus e 320 de habitantes dos municípios no interior do Estado. Os casos identificados na capital estão espalhados na zona norte da cidade em consequência da expansão desordenada, sem infraestrutura, nem habitações adequadas.

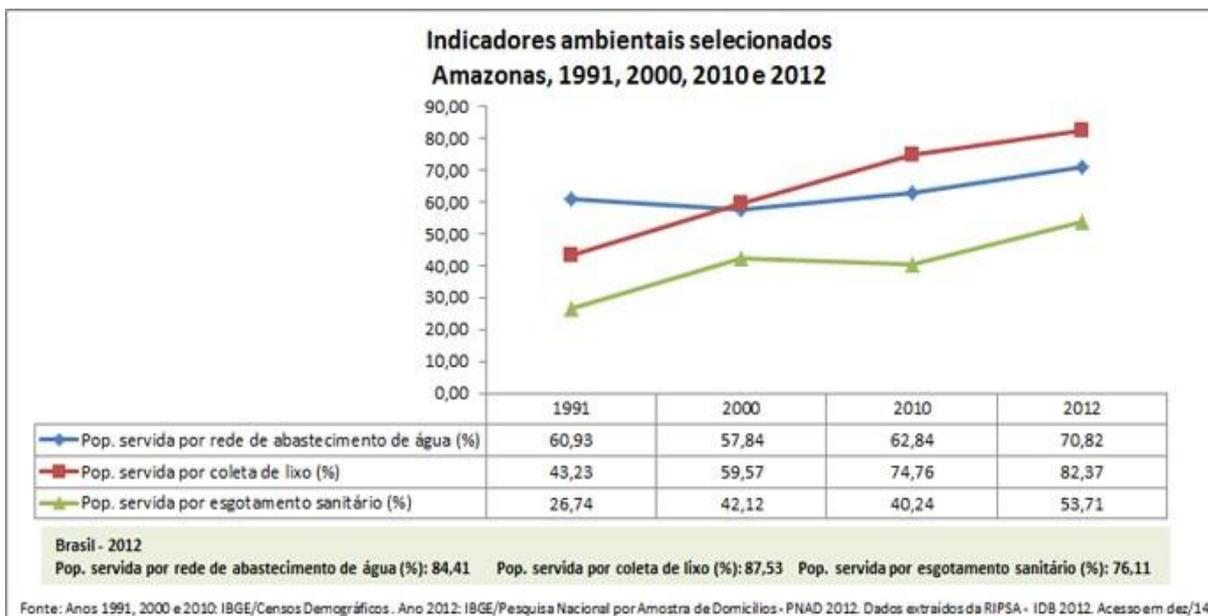
Segundo Lopes & Rangel (2014), a hanseníase é uma enfermidade intimamente associada à precariedade socioeconômica das populações afetadas, o que se expressa na distribuição espacial da doença, em países mais pobres e subdesenvolvidos.

Ela pode atingir indivíduos de qualquer classe social, mas sua incidência ocorre nos segmentos mais empobrecidos da sociedade, por condições socioeconômicas desfavoráveis, condições precárias de vida e, portanto, de saúde.

As condições de saneamento básico acessível à população no Amazonas, outro condicionante relevante para a saúde, encontra-se abaixo dos percentuais médios do Brasil, bem como o acesso à água tratada, coleta e tratamento de esgotos. O acesso a esses serviços é uma questão fundamental para se ter um desenvolvimento com justiça social.

A Síntese de Indicadores Sociais (SIS) de 2014, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) diz que somente 36% dos domicílios urbanos no Amazonas possuíam saneamento adequado, como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 05: Saneamento Básico por domicílio



Fonte: SIS, 2014.

Isso representa 816 mil moradias com condições simultâneas de abastecimento de água por rede geral no domicílio ou na propriedade, esgotamento sanitário por rede coletora de esgoto ou fossa séptica ligada à rede coletora de esgoto e lixo coletado direta ou indiretamente.

Se a saúde tem uma relação direta com esses indicadores, os dados citados acima indicam que a assistência à saúde não está assegurada. Em Manaus, o índice de doenças prevalentes na região tem aumentado revelando as condições de vida precária de uma parte da população que sofre com outras necessidades não atendidas que rebatem na saúde como os condicionantes elencados na Lei 8.080/90 que regulamenta a política de saúde no Brasil.

Outro indicador importante que reflete a atenção à saúde é o número de médicos disponíveis no Estado que, segundo dados do IBGE (2016) é de 1,2 profissionais para cada mil habitantes com o número de consultas médicas por pessoa de 2,12 para cada mil habitantes por ano.

Esse indicador de saúde está abaixo das estatísticas nacionais, quadro que se agrava se considerarmos apenas os médicos credenciados no SUS. O público que utiliza o SUS equivale a 3.030.414 (87%), revelando que o estado tem apenas 0,75 médico, ou seja, menos de um

médico para cada mil habitantes por consulta anual, o que reflete uma demanda reprimida que não consegue acesso aos serviços de saúde (IBGE, 2016).

Segundo Buss (2007), mesmo ampliando o quadro de profissionais, os serviços de saúde, no modelo de organização atual, com ênfase na promoção e prevenção, através das campanhas e vacinas, diagnósticos e curas, não conseguem pleno êxito.

Na visão desse autor as patologias que acometem a população, ainda que recebessem dos serviços de saúde, diagnóstico precoce e redução de danos, não impactariam positivamente, pois o Estado disponibiliza poucos (ou nenhum) recursos para atuar sobre os determinantes sociais que estão na gênese de muitos problemas de saúde que afligem indivíduos e populações.

1.2 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA POLÍTICA EM CONSTRUÇÃO

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 (CF 1988, Art. 196).

O enunciado acima é uma conquista recente, fruto de lutas históricas, acaba de completar 30 anos, e muitos desafios a vencer. Para entendermos essa conquista iniciamos com um breve relato da história da saúde brasileira.

Conforme Bravo (2009, p.90), “a saúde emerge como questão social no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado”.

A autora afirma que a política de saúde compõe o Sistema de Proteção Social brasileiro que se organizou a partir da Lei Eloy Chaves em 1923, com as Caixas de

Aposentadorias e Pensões (CAP's), momento em que o Brasil inicia o seu processo de industrialização trazendo como consequência a emergência dos mecanismos de proteção social, onde o papel do Estado, no início era de mero fiscalizador das CAP's.

É importante ressaltar que essa assistência à saúde do trabalhador acontece em consequência das transformações econômicas e políticas, trazendo à tona a questão saúde como reivindicação do movimento operário. Explícita que a saúde nesse contexto tem uma ligação direta com a questão de higiene e saúde do trabalhador.

Na década de 1930, já no processo de industrialização, as caixas se transformam em Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's iniciando a montagem do Sistema Público de

Proteção Social que cobriam os riscos relacionados aos ciclos de vida, e também os serviços de assistência médica. (BRAVO 2009)

Como o conceito de saúde, segundo a autora nesse período, era meramente biológico, embora já mostrando sinais da influência do modo de vida do trabalhador, a Política Nacional de Saúde que se esboçou no período de 1945-50, com a criação do Serviço Especial de Saúde pública – SESP, não avançou na eliminação de doenças e nem na diminuição do índice de mortalidade geral.

Aponta que as políticas sociais respondem às expressões da questão social de forma orgânica e sistêmica, ou seja, prevalece a ideia do corpo como um sistema que trabalha em conjunto, e por si só, tem ou não habilidade de se manter saudável.

Não foi diferente no período da ditadura militar, 1964-85 cuja política de saúde percorre todo o período fortalecendo o modelo de privilegiamento do produto privado, cujo desenvolvimento ocorre na formação de empresas médico voltadas para a área hospitalar, afirma Bravo (2009).

No início da década de 1980 o cenário brasileiro era de baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, que levou a população a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil. O modelo previdenciário, com escassez de recursos e vários problemas administrativos, entra em crise (POLIGNAMO, 2009).

A luta pela saúde para todos já acontecia de forma velada, mas ganhou força na década de 1980, com o movimento de transição democrática, com eleição direta para governadores e vitória esmagadora de oposição em quase todos os estados nas primeiras eleições democráticas deste período (1982).

A década de 80 marcou o movimento pela Reforma Sanitária no Brasil com a participação de diversos atores sociais: movimentos populares, partidos políticos, profissionais de saúde. Os debates traziam como proposta para o novo modelo de saúde, a universalidade ao acesso, a saúde como direito social e dever do Estado, a proposta do SUS, a descentralização e a participação popular (BRAVO, 2009).

E nessa dinâmica da sociedade, segundo a ideologia vigente, o conceito de saúde passou por metamorfoses, e nesse período histórico de construção da democracia buscou desenvolver um modelo de atenção à saúde que atendesse às necessidades da população, que já constava, em 1948 na Declaração dos direitos Humanos na ONU.

Esses novos sujeitos sociais, reunidos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ultrapassaram a questão da saúde setorial e avançaram na construção de um Sistema Único para a sociedade como um todo.

Polignamo (2009, p. 21) relata que:

O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

Na Assembleia Constituinte, depois de vários embates políticos foi definido o texto constitucional que deu origem a Constituição Federal de 1988, onde a saúde ganha novo conceito que a insere definitivamente no campo clássico do bem-estar social, no âmbito das políticas sociais, ou seja, voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades (BRAVO, 2009).

Assim, a saúde começa a ser pensada como política pública definida como direito de todos e dever do Estado incorporando as reivindicações da Reforma Sanitária. Os marcos legais dessa política são:

- Constituição da República 1988;
- Lei Orgânica da Saúde – 8080/90;
- Lei Complementar da Saúde – 8142/90;
- Normas Operacionais Básicas – NOB;
- Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS;
- Portaria 399 – Pacto pela Saúde 2006;

É bom observar que o Movimento da Reforma Sanitária teve como pano de fundo a crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social, o que deu voz à grande mobilização política dos trabalhadores da saúde, os centros universitários e outros setores da sociedade.

Com a promulgação da CF de 1988 a Seguridade Social ficou constituída no tripé de proteção, adotando definições que combinam os paradigmas: universalista (saúde e previdência rural); contributivo (previdência urbana); e seletivo (Assistência Social); dentro dos limites de cada um destes tipos clássicos de proteção social do pós-guerra.

Juridicamente falando, Bravo (2009, p.96) afirma que há na Constituição de 1988 uma “promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à greve e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social”.

Assim podemos dizer que a saúde pertence ao bloco do sistema de proteção social, política pública com princípio de justiça social e se configura de forma diferenciada de outros países. É uma política assegurada constitucionalmente e se operacionaliza na Lei 8080/90 cujo objetivo maior é diminuir as desigualdades na assistência à saúde da população, pois torna obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sem contribuição financeira.

Os principais avanços com essa legislação é que a saúde foi reconhecida como dever do Estado, contudo a sua efetivação, a partir da formulação de políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos a doenças, a importância da sociedade e da família no processo de promoção e recuperação da saúde, ainda é incipiente. (BRASIL, 1990).

Há de se considerar que nesse momento que se instala o novo paradigma de atenção à saúde, o Brasil adere ao Consenso de Washington, de caráter neoliberal, cujas medidas previam uma política de privatização e redução fiscal do Estado com rebatimentos nas políticas sociais com reconfiguração do papel do Estado. São as reformas administrativas iniciadas pelo governo Collor e aprofundadas na gestão de Cardoso, que reformula o Estado nos parâmetros internacionais, que são eficazes para impulsionar o desenvolvimento econômico, mas incapazes de promoverem ganhos na qualidade de vida da população (BRESSER-PEREIRA, 1991).

Ou seja, no momento da implementação do Estado Social no Brasil previsto na CF 1988, no mundo houve o esfacelamento dos ditos países comunistas ou socialista: URSS, Alemanha ocidental com a queda do muro de Berlim que simbolizou isso. Dando a entender que a pobreza não leva ao comunismo no Brasil... daí impossibilidade de sua implementação, no Estado mínimo neoliberal preconizado pelos organismos internacionais como FMI, BID.

Segundo Faleiros (2001, p. 64) esse projeto neoliberal trouxe mudanças que:

Consistem em tornar o indivíduo menos seguro, menos protegido, mais competitivo no mercado, com menos ou nenhuma garantia de direitos. Nesse contrato, não pactuado pela vontade dos cidadãos, os fundos públicos são substituídos pelos privados, a responsabilidade social do estado é transferida para as famílias e o Estado substituído pelo Mercado.

É um projeto com características adversas ao modelo proposto pela Reforma Sanitária, pois priorizam os interesses do mercado deixando as políticas sociais reféns das diretrizes macroeconômicas.

Outro avanço significativo do Sistema Único de Saúde – SUS, é que nos permite entender a saúde condicionada aos elementos que definem o perfil epidemiológico da população. As ações e serviços são de relevância pública, e sua regulamentação, fiscalização e controle pertencem ao Poder Público. Essas ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade (Art. 198).

Observamos em Bravo (2009, p.99) que apesar desses avanços, havia

“dúvidas e incertezas na implementação do Projeto da Reforma Sanitária”, os anos 90 também redirecionou o papel do Estado, fortemente influenciado pelos ajustes neoliberais. A dúvida existe pela

Fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988.

É o que a autora chama de Contrarreforma do Estado cujas funções básicas voltam-se ao setor produtivo fortalecendo, portanto, o setor privado.

Mota (2009:08) também retrata esse momento:

É, nesse marco, que se dá a integração do Brasil à ordem econômica mundial, nos anos iniciais da década de 90, sob os imperativos do capital financeiro e do neoliberalismo, responsáveis pela redefinição das estratégias de acumulação e pela reforma do Estado. Na prática, isso se traduz em medidas de ajuste econômico e retração das políticas públicas de proteção social, numa conjuntura de crescimento da pobreza, do desemprego e do enfraquecimento do movimento sindical, neutralizando, em grande medida, os avanços e conquistas sociais alcançadas pelas classes trabalhadoras nos anos 80.

O Brasil, no governo de FHC, intensifica a implementação do modelo neoliberal, atrelado à ideologia da globalização e da redução o papel do Estado. Isso se contrapõe a nova proposta da Política de Saúde que se apresenta na Lei Orgânica da Saúde (1990), com respaldo na Carta Constitucional cujo conteúdo garante a atenção à saúde para todos e não mais restrita a uma parcela da sociedade, no entanto impossibilitada de se concretiza em sua plenitude.

As novas concepções de gerir o Estado apresentadas pelo neoliberalismo se contrapõem ao novo paradigma da saúde, como ideologia dominante, que na visão de Carinhato (2008, p.01), chega como uma

Conformação ideológica do Neoliberalismo, passando para o contexto específico mundial e latino-americano, até os aspectos mais pormenorizados, como a reforma administrativa, a participação dos setores não públicos na área social e, sobretudo, a conformação da política social incerta na disjuntiva políticas sociais universais e focalizadas.

E nesse contexto que a nova Lei 8080/90 trouxe grandes desafios expressos nos seus princípios doutrinários conforme o Ministério da Saúde (1990, p.4-5).

- **UNIVERSALIDADE** - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- **EQUIDADE** - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- **INTEGRALIDADE** - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades;

Destes derivaram alguns **princípios organizativos**:

- **HIERARQUIZAÇÃO** - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contrarreferência;
- **PARTICIPAÇÃO POPULAR** - ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;
- **DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA** - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p.4-5.);

É importante observar que o atendimento à saúde como dever do Estado, significa reconhecer que as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público. Mais além, ela é para todos, indiscriminadamente. Aquela assistência médico-previdenciária é substituída por uma assistência de caráter universal assegurando o acesso a todos. É um grande avanço na política de saúde brasileira, que encontra barreiras para sua implementação como o sistema neoliberal e a crise do financiamento no setor saúde, expondo a incapacidade do governo em resolver a crise (POLIGNAMO, 2009).

No cotidiano profissional observamos que o princípio da universalidade é o que provoca maior resistência do projeto privatista, que tem como premissa as concepções individualistas e fragmentadoras da realidade que se contrapõem ao projeto contra hegemônico nas suas concepções coletivas e universais.

É difícil pensar nesses princípios no atual contexto neoliberal, de políticas mínimas, precárias e focalizadas, que após quase trinta anos de sua legalização não se consolidou. É bom lembrar que a luta por uma política de saúde mais equânime exige mais participação da

população no controle social. Essa população está desacreditada do sistema público e desmobilizada para continuar o movimento de reforma sanitária (BRAVO, 2009; FLEURY, 2009).

1.2.1 – Os Componentes e Diretrizes da Política Nacional de Saúde e os Níveis de Atenção

Destacamos que uma política com as concepções do SUS exige para sua operacionalização um arranjo organizacional que é definido por Vasconcelos & Pasche (2006, p.531) como:

Conjunto organizado e articulado de serviço e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes no âmbito municipal, estadual e federal, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar quando contratados ou conveniados para tal fim.

Esse conceito nos remete a um complexo e moderno sistema de saúde e não apenas um sistema de prestação de serviços assistenciais. O SUS nasceu no período de desenvolvimento das tecnologias, por isso tem o formato de rede de serviços, mas nasce paralelo a ele o neoliberalismo no Brasil, que traz ajustes e controle dos gastos públicos. Essa rede está instituída no desenho do SUS, contudo sua articulação e integração na oferta dos serviços sofre descontinuidade, uma vez que o modelo de atenção à saúde ainda se manifesta de forma individualizada, na visão dos profissionais de saúde (FLEURY e OVERNEY, 2008).

A Constituição Federal no Art. 198 faz o direcionamento dado para o funcionamento dessa rede, estabelecendo como diretrizes a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade. Essa unificação das ações e serviços de saúde, bem como a descentralização, são características que na sua definição impõe ao sistema um modelo de rede interconectado com os entes federativos.

Nesse sentido, Mendes (2011, p.20) diz que o SUS vem com uma proposta generosa de ofertar serviços através de redes de atenção, que trazem respostas às necessidades da população, mas o sistema atual não pode responder adequadamente essas necessidades por estar “totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas”.

Explicita que essa rede inicia seu processo de inclusão na atenção básica, cuja descentralização enfatiza a participação do município na gestão das ações e serviços, contudo deverá estar conectado na rede para sequência do tratamento do indivíduo. A descentralização é uma mudança significativa no modelo de atenção à saúde, no aspecto político-administrativo, pois respeita a autonomia dos entes políticos do sistema, contudo necessita organizar a rede, incrementar o orçamento e pesquisar modelos eficientes de atenção à saúde.

Vasconcelos e Pasche (2006) afirmam que essa descentralização aponta com nitidez que a base do sistema de saúde seria municipal, pois atribui ao município a maioria das ações e serviços em saúde. Essa normatização é pertinente uma vez que o município é o ente federativo mais próximo da população, fator que facilitará o atendimento à demanda conforme suas necessidades.

A descentralização direciona a um ente federado, no caso o município, uma responsabilidade maior, mas as ações são pactuadas, ou seja, cooperadas entre si. A descentralização torna possível a participação de novos atores sociais no cenário nacional, possibilitando uma aproximação da sociedade com o Estado, o que torna possível o cumprimento de outra diretriz: a participação popular. Essa aproximação viabiliza o compartilhamento de experiências exitosas no âmbito das ações e serviços da saúde.

O processo de descentralização, a exemplo de muitos instrumentos administrativos, foi impulsionado e induzido pelo Ministério da Saúde por meio da edição de sucessivos instrumentos normativos, as Normas Operacionais Básicas do

SUS (NOB), editados a partir de 1991, o que foi caracterizado como um “certo jeito NOB de fazer o SUS, esculpindo-o a golpes de portaria”, ou seja, um “produto de gabinete” (GOULAR, 2008, p.293).

A primeira norma a NOB/91 se volta mais diretamente para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade do sistema, dentre eles o detalhamento das competências das três esferas de governo. Ao criar o Fator de Estímulo à Municipalização – FEM, a norma difere as responsabilidades dessas esferas com ênfase na municipalização. Seu erro foi desconsiderar os diferentes estágios de desenvolvimento dos municípios, cujas arrecadações tributárias eram insuficientes para arcar com tamanha responsabilidade.

Para corrigir esse erro foi editada a NOB 01/93, pela qual são definidos os procedimentos e os instrumentos operacionais para ampliar e aprimorar as condições de gestão, no sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo. No processo de gestão os Estados e municípios poderiam se habilitar na gestão Incipiente, Parcial e Semiplena. Esta norma representa um avanço no processo de descentralização das ações e

dos serviços de saúde e na construção do SUS, mas não deixa de ser um jeito brasileiro de forjar um fato jurídico antes mesmo do ato social (APM, 2001, p.20-31).

Posteriormente foi editada a NOB/96 reordenando de forma mais precisa o modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine os papéis de cada ente federativo e os instrumentos gerenciais que auxiliam os municípios a cumprirem seu papel, ou seja, sua “finalidade primordial é promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes” (NOB/96, p.02).

Aqui apontamos que a ênfase na municipalização que as NOBs retratam, continuam balizando o modelo de atenção que o Estado usa atualmente, e se apresenta como uma forma de aproximação da população aos serviços de saúde.

Mendes (2009) diz que embora a rede traga em seu conteúdo o princípio da integralidade e, constatarmos que ela está presente nas discussões, existe nas práticas em saúde uma lacuna quanto ao atendimento integral. A prática médica ainda está centrada na doença do indivíduo, por isso o atendimento é parcial, não compreende o ser humano na sua totalidade. O sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entender suas necessidades, observando o contexto social, para, a partir daí atender as demandas e necessidades do usuário.

Para Andrade e Santos (2008) a integralidade é um elemento regulador da assistência à saúde do indivíduo e só poderá se concretizar nos serviços em rede. O SUS foi pensado para oferecer ao indivíduo ações e serviços de saúde interdependentes em especialidades, complexidades, conhecimentos e tecnologias. A rede trabalha a unicidade do sistema de saúde, garante a integralidade e deve ser ofertado de forma regionalizada e hierarquizado. É na integralidade que o indivíduo é assistido na sua totalidade, a partir de uma conexão entre os serviços socioassistenciais.

Aqui ressaltamos que quando falamos em rede, estamos nos referindo ao modelo instituído no Sistema Único de Saúde, com o objetivo de oferecer os serviços de forma integral, mas não significa que essa rede esteja de fato funcionando.

Ela requer, para seu funcionamento, além de outros elementos, a participação da comunidade, a constituição dos conselhos distritais e locais que aproximam a população do gestor. Apontamos para a relevância da inserção da população brasileira na formulação das políticas públicas em defesa do direito à saúde, assegurada na Lei 08.142/90, que garante o controle social das políticas públicas através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, que ocorrem nos três âmbitos de governo.

Esses atores foram historicamente excluídos nos processos decisórios, têm na Lei a garantia de sua participação, reivindicando, formulando, fiscalizando e avaliando a execução da política de saúde. Ela é uma poderosa ferramenta de democratização das organizações, ou seja, a participação da sociedade na gestão (ANDRADE e SANTOS, 2008).

Destacamos que a rede instituída é uma rede descentralizada, porém sob comando único, deve ser hierarquizada, ou seja, ordenada por níveis de atenção estabelecendo fluxos assistenciais com o atendimento organizado em uma determinada ordem na distribuição dos poderes. Esses níveis de atenção se distribuem em Atenção Básica, Atenção de Média complexidade e Atenção de Alta Complexidade. Cada uma está sob a gestão de um ente federado, conforme a figura abaixo.

Figura 04: Níveis de Atenção em Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2015.

Observando a figura percebemos que a Atenção Básica, nível primário, é onde ocorrem os maiores problemas de saúde, por isso é também, o local da promoção da saúde. Ela está sob a responsabilidade do município, é considerada a porta de entrada do sistema. Os atendimentos são realizados pelas equipes dos programas Agentes Comunitários de Saúde e/ou Saúde da Família, assim como em Unidades Básicas de Saúde, com atendimento e acompanhamento a nível ambulatorial. Esse nível responde (deve responder) por aproximadamente 80% do total de problemas de saúde da população.

A atenção básica é referendada por Andrade e Silva (2008) como uma complexa rede de oferta de serviços capazes de garantir ao cidadão a integralidade de sua saúde, considerando suas diferenças sociais, econômicas e demográficas. Nessa rede o município é desafiado a oferecer serviços apesar dessas desigualdades para assegurar o que diz a Constituição Federal no Art. 198. A Atenção Primária à Saúde, onde o atendimento inicia,

sofre graves restrições orçamentárias para o seu desenvolvimento o que causa o insucesso de suas ações.

Essa razão de insucesso, segundo Mendes (2011, p.17)

Está em que essas reformas se fixaram em ideias-força como privatização, separação de funções, novos arranjos organizativos e introdução de mecanismos de competição que não foram capazes de gerar valor para os cidadãos comuns que utilizam os sistemas de atenção à saúde.

Andrade e Silva (2008) nos fazem pensar em reformas sanitárias contemporâneas repensadas em uma profunda reflexão sobre a necessidade de suplantarmos a fragmentação do sistema e fortalecermos um sistema que priorize a qualificação da atenção primária como base e centro organizador dessa rede integral à saúde. Para o sucesso desse modelo as ações preventivas devem ser priorizadas, bem como as ações curativas e reabilitadoras numa visão integral de sistemas que atuem considerando os determinantes sociais da saúde, dentre outros (IDEM).

Dessa forma, quando a atenção primária não consegue prevenir ou resolver as doenças agudas, surgem os agravos em saúde, e seus usuários são encaminhados a outro nível de atenção, a de Média Complexidade ou nível secundário. Ele engloba as atividades assistenciais baseadas em um nível de procedimento de médio custo e responde por aproximadamente 15% do total de problemas da população.

Nesse sentido a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) apud CONASS (2007, p.17) diz que:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Os profissionais especializados, mesmo atuando na atenção básica, vão além das consultas especializadas, solicitando vários procedimentos que são realizados na média complexidade, como: cirurgias ambulatoriais especializadas; procedimentos traumatológico-ortopédico; ações especializadas em odontologia; patologia clínica; anatomopatologia e citopatologia; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; e anestesia (IDEM).

Essas ações se mostram como uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos gestores da média complexidade, uma vez que o indivíduo é encaminhado para a média complexidade sem levar consigo uma contrarreferência.

A visão fragmentada em um conjunto de procedimentos selecionados por exclusão que segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, não cabem nas unidades básicas de saúde, na atenção primária, seja pelos custos ou pela densidade tecnológica envolvida, por isso o encaminhamento para a média complexidade (BRASIL, 2007).

É importante ressaltar que nesse nível de atenção estão os tratamentos das doenças crônicas, que determinam impactos fortes na vida do indivíduo e da rede de atenção à saúde. Com relação ao indivíduo ela compromete a sua qualidade de vida, gera grandes efeitos negativos na economia da família e causam mortes prematuras.

De acordo com Andrade & Silva (2008) a rede de atenção gera um custo econômico superior ao da atenção básica por envolver exames complexos e medicamentos específicos de alto custo que a maioria dos usuários do sistema não pode suprir. O Estado com sua política de restrição à proteção social não contempla a necessidade da população que necessita desse atendimento.

Quando a atenção básica e a média complexidade falham no atendimento, ou não conseguem evitar os agravos, entra em cena outro nível hierárquico do SUS: a Alta Complexidade, nível terciário, que divide a responsabilidade de gestão entre o Estado e a União e corresponde a 5% do total de atendimentos à saúde. Está definida como:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2007:18).

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica (demais cirurgias); procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extra cardíacos; genética clínica e demais procedimentos de alto custo (BRASIL, 2007).

Encontramos dificuldade em delimitar as funções das esferas de governo no planejamento, no financiamento e na execução das ações e dos procedimentos de média e alta complexidade, não é tarefa fácil, uma vez que na legislação essa divisão não foi contemplada. Há uma lacuna no Art. 198 da CF, por não definir o tipo de descentralização e nem como se constituirá a rede hierarquizada e regionalizada.

Vasconcelos e Pasche (2006) fazem uma crítica aos modelos hierarquizados, apontando para a necessidade de superar a ideia de pirâmide por modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada e fluxos reversos entre os vários serviços.

Contudo, seja qual for o nível de complexidade dos serviços, eles devem pautar suas ações com base nos princípios da universalidade, integralidade de assistência, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (Art.7).

Os objetivos do SUS descritos no Art. 5º da Lei 8.080/90 nos remetem a um sistema público inovador no que tange aos cuidados à população:

São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Esses objetivos trazem uma discussão sobre o novo conceito de saúde por dimensionar a importância dos condicionantes elencados no Art. 3º dessa mesma lei. É um compromisso arrojado, de um sistema de saúde que funciona referenciado no usuário, em suas necessidades específicas e deve lhe oferecer segundo a demanda, seja qual for o nível de complexidade requerida. Entretanto essa premissa está distante da realidade vivida nos espaços institucionais, cuja oferta de serviços não supre a crescente demanda, deixando o usuário por muitos meses aguardando consultas e/ou exames.

O Estado, ator que presumivelmente deve assegurar esses serviços, necessita injetar recursos financeiros e capacitar recursos humanos, elevando o índice de atendimento das demandas e possibilitando acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, a reprodução da força de trabalho ínsita o Estado a oferecer políticas sociais, a de saúde principalmente, para manter seus trabalhadores saudáveis e sua produtividade em alta.

A Lei em seu Art. 199 regulamenta a participação da iniciativa privada na assistência à saúde de forma complementar, segundo as diretrizes do SUS, por meio de convênio ou contrato de direito público, preferencialmente as entidades filantrópicas e a sem fins lucrativos.

Contudo, segundo Behring e Boschetti (2011), o Estado neoliberal mantém uma estreita relação com o mercado e tende a privatizar os serviços, que na própria Lei 8.080/90 aparece como ação complementar. Por esse ângulo político, as políticas sociais aparecem como mecanismo de cooptação e legitimação da ordem capitalista.

Para as autoras acima citadas o texto constitucional e a LOS contêm avanços significativos, mas sofrem ameaças do grande capital, que mercantiliza a saúde. A hegemonia neoliberal que se afirma no Brasil é responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas e o sucateamento da saúde, que vinculada ao mercado, transfere parte de suas responsabilidades para a sociedade civil, sob forma de parceria.

No caminho dessa operacionalização o SUS evoluiu, mas enfrenta muitos desafios, principalmente a consolidação do seu princípio fundamental, a universalidade ao acesso aos serviços a que todo cidadão tem direito. Efetivar o direito constitucional ao acesso universal e integral envolve inúmeros e complexos determinantes, que requerem pesquisas e estudos em busca de estratégias que consolidem a assistência à saúde atempado.

Nesse sentido a Política de Saúde vem descumprindo os dispositivos da Constituição Federal, comprometendo os princípios e diretrizes do SUS. A universalidade do direito é um dos princípios mais desrespeitados, com a tarefa do Estado de assegurar o acesso vem sendo substituído por propostas de caráter focalizado para atender a população mais vulnerável.

O setor saúde consegue unificar nacionalmente o seu sistema, integrando as antigas bases assistenciais às sanitárias. Transfere aos Estados e Municípios as estruturas de atendimento locais e recursos financeiros, mediante lógicas pactuadas. Grande parte dos municípios conquista autonomia de gestão, mas continuam os problemas estruturais, que não conseguem atender questões de maior complexidade.

Na luta pela efetivação do SUS, Vasconcelos (2003, p.80) aponta como dificuldade a atual conjuntura, de Estado neoliberal, com suas políticas focalistas e excludentes, cujo modelo nega a universalidade do direito à saúde, garantido constitucionalmente. Esse modelo valoriza as representações sociais, suas expectativas e crenças em detrimento do sujeito. Nessa perspectiva, recusa os condicionantes das classes sociais, na vida do sujeito, da coletividade, assim exclui a participação dos atores e sujeitos, comprometendo outro fundamento do SUS: a sua participação, na composição dos conselhos de saúde.

A autora ressalta outro ponto que merece reflexão na operacionalização do Sistema Único de Saúde, é a perda do enfoque na dimensão sanitária, pela qual os elementos determinantes da perda de saúde são deixados de lado. Assim, o atendimento das necessidades

hoje se restringe a curativos, exames primários e a fornecimento de medicamentos. Por essas razões, pode-se inferir está havendo a priorização da doença, em detrimento da saúde.

Objetivando superar essas e outras dificuldades, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, baseado nos princípios constitucionais, com ênfase nas necessidades de saúde da população. Para tanto, o Pacto define prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Esta é a estratégia mais recente para a concretização do SUS (Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS).

Conforme o Ministério da Saúde (2006) esse pacto possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais que promovam inovações nos processos atuais de gestão, visando alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. Uma forma de reorganizar a rede para melhoria do acesso e da equidade social.

O Pacto pela Vida gera compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Suas prioridades são: saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e fortalecimento da atenção básica.

O Pacto em Defesa do SUS considera as seguintes diretrizes: expressar os compromissos entre os gestores no sentido de consolidar a Reforma Sanitária Brasileira, defendendo seus princípios constitucionais; e desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores para qualificar e assegurar o SUS como política pública.

Apesar do Pacto pelo SUS ter como prioridade implantar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos, pouco ou quase nada foi realizado para esse fim.

E o 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.

Considerando que a agenda política da reforma sanitária não está esgotada, toda a sociedade: usuários, trabalhadores e gestores, devem assumir o compromisso de construir uma

nova forma de gestão compartilhada e integrada. Seja qual for a estratégia escolhida, deve-se garantir gestão pública, territorialização, equipe multiprofissional e resolutividade na atenção básica, ou seja, responsabilidade sanitária.

Não se pode negar que o modelo de saúde vigente representa um grande avanço na atenção à saúde, mas ainda concentra sua atenção nos casos clínicos, na relação individualizada entre o profissional e o usuário, na intervenção terapêutica armada, seja ela cirúrgica ou medicamentosa. E ainda omite o fato de que essas ações devem ser associadas, enriquecidas e transformadas por uma metodologia que privilegie a atenção para a qualidade de vida das pessoas e que seus problemas têm origem no ambiente em que vivem.

1.2.2 – Acesso e a Equidade dos Serviços de Saúde na Média Complexidade

O acesso aos serviços e ações de saúde tem sido foco de várias literaturas, principalmente no contexto da crise econômica, que atinge a política de saúde que se expressa em filas e esperas que comprometem a saúde e agravam as doenças.

Comprova-se isso com o tema central da 14ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 2011, dos dias 30 de novembro a 4 de dezembro, tendo como foco a acessibilidade no SUS. As Conferências Nacionais, regulamentadas na Lei 8.142/90, ocorrem a cada quatro anos e contam com a participação da sociedade civil, nas quais se colocam em debate nacional os principais problemas que afligem a saúde da sociedade. Nelas também, se discutem a qualidade de vida da população que em sua relação com a saúde definem os padrões de adoecimento.

Os temas centrais dessa Conferência foram: (1) acesso e acolhimento com qualidade: desafio para o SUS; (2) política de saúde segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade; (3) participação da comunidade e controle social; e (4) gestão do SUS quanto a financiamento; —Pacto pela Saúde; relações público x privado; gestão do trabalho e da educação em saúde.

No que se refere ao princípio da integralidade, os debates na conferência apontam para a desarticulação da rede de serviços. Cada componente da Seguridade Social trabalha com pouca ou quase nenhuma conexão entre as ações desenvolvidas. O isolamento enfraquece a rede.

De acordo com a Conferência a organização da rede de serviços de saúde deve contemplar uma relação integrada entre Ministério da Saúde, Previdência e Assistência Social, por meio do SUS e SUAS nos estados e municípios, garantindo as diretrizes conforme

a realidade local. Essa integração é garantida com cada ente federativo entendendo e assumindo sua responsabilidade. São parcerias que fortalecem as políticas públicas, melhora a qualidade no atendimento, agilizam os processos e conseguem promover e recuperar a saúde.

Assim, lembramos que se promove saúde melhorando a qualidade de vida da população, diminuindo as desigualdades sociais o que requer ações intersetoriais que reflitam a realidade local. Devem, portanto, atender à vulnerabilidade e diversidade social, melhorar o acesso e acolhimento na rede, seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Isso diminui a desigualdade em saúde e garante a assistência digna à saúde de todas as pessoas.

Entendendo o SUS como uma conquista da sociedade brasileira, fruto da luta por um sistema que atenda a toda população, sem qualquer tipo de discriminação, pode-se dizer que ele é a maior política de inclusão social existente no Brasil.

E como maior política de inclusão é também a mais atacada pelo sistema neoliberal, pois traz em seu bojo, direitos que são negados nesse contexto de privatização. O acesso aos serviços de saúde é um ideal que se pretende alcançar, mas inúmeros obstáculos e problemas evidenciam impasses na política de saúde como garantidora desse acesso. Muitos fatores influenciam o acesso.

Nesse sentido, o acesso na concepção de Giovanela e Fleury (1996) tem quatro dimensões explicativas. A primeira é a política diretamente relacionada com as pactuações entre os entes federativos e a tomada de decisão e gera um modelo de saúde sanitarista-politicista relativo ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular. A segunda dimensão é a econômica e se refere a relação entre a oferta e a demanda comportando as barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas. A dimensão técnica pressupõe a planificação e organização da rede de serviços e deve assegurar a integralidade da atenção. A quarta dimensão é a simbólica, pois contém o entendimento do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores e a subjetividade do indivíduo.

Podemos perceber que essas dimensões só se consolidam na interação uma com as outras, formando o todo que possibilita o acesso aos serviços de saúde, ou seja, considera a distância entre o cidadão e a oferta dos serviços, e os meios de transporte utilizado, quanto mais próximo, mais acessível e vice-versa.

Intuímos que o acesso na sua dimensão econômica recebe a influência dos determinantes e condicionantes, pois ao discutirmos o acesso com a relação das condições de vida da população, percebemos que esses fatores interferem na aproximação ou afastamento do processo saúde-doença. Vai mais além, ele extrapola a dimensão geográfica envolvendo

outros aspectos além do econômico, tais como, aspectos culturais, normas, técnicas adequadas aos hábitos da população, e o aspecto funcional responsável por atender a oferta de serviços segundo a demanda e a qualidade na prestação desses serviços.

Ao discutir a acessibilidade, Andrade (2012, p.2862) afirma que ela “tem um sentido multidimensional de caráter social e político que está presente na execução da política, na gestão, na prestação de serviços e na relação dos profissionais com os usuários”.

Pode-se dizer que acessibilidade recebe influência do fator resistência, entendida como superar obstáculos ecológicos, financeiros e organizacionais para facilitar a aproximação, no tratamento ou na aquisição das ações e serviços. Outra influência que interfere na acessibilidade é o poder que a população tem para superar esses obstáculos.

Na área da saúde, o acesso se refere a facilidade ou dificuldade que o indivíduo tem para conseguir entrar na rede SUS, desenvolver seu tratamento ou sua reabilitação e seguir na rede, com acompanhamento para não reincidir na doença. Esse acesso deve ser proporcionado de modo a desenvolver autonomia e segurança para quem o procura, com liberdade de escolha.

Ora, se em outras regiões de geografia mais favorável à locomoção já se tem restrições ao acesso à saúde, quanto mais no Amazonas com todas as características já mencionadas nesse trabalho, certamente o acesso se apresenta bem mais restrito. Essas características incidem na decisão do usuário em procurar um atendimento mais específico, pois ele sabe que encontrará barreiras geográficas, físicas e culturais para o alcance de suas necessidades em saúde.

Nessa direção, Travassos e Martins (2004) apontam que as pessoas percebem a disponibilidade de serviços de diversas formas, e isso afeta a decisão de procurá-los, ressaltando que essa percepção sofre uma forte influência das experiências vividas de quem usa os serviços de saúde. Ou seja, se o usuário do sistema ao buscar o serviço encontra uma série de barreiras para efetivá-lo, isso o fará recuar diante de uma nova necessidade desses serviços. Essa é uma das razões para o Ministério da Saúde promover a Política de Humanização no Atendimento.

Na saúde, apesar de a Constituição Federal assegurar o direito universal, fácil acesso, a ser garantido pelo Estado e os avanços conquistados, a realidade mostra um quadro de desigualdade e exclusão no acesso ao SUS. A política de saúde é o suporte para o acesso aos serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, contudo ela surge no contexto da acumulação capitalista e das lutas de classes, demonstrando seus limites e possibilidades na produção do bem-estar social nas sociedades capitalistas.

A partir da concepção dos autores acima citados, podemos inferir que a saúde do cidadão é uma responsabilidade social, principalmente na sua dimensão social que implica uma referência a ser atingida por várias políticas públicas. Para tanto, vários planos de prestação de serviços devem ser envolvidos na consolidação do acesso que se pretende alcançar.

Esse acesso necessita de uma dimensão política pautada na descentralização como condição imprescindível, bem como a participação da sociedade, a qualidade e a continuidade dos serviços, tendo como meta o alcance da equidade. Como o assistente social, por meio do seu Código de Ética, assume o compromisso com a universalidade e a equidade das políticas públicas, necessário se faz entender esse princípio doutrinário do SUS.

A equidade tem uma multiplicidade de entendimentos, está relacionado à igualdade, simetria, mas como princípio doutrinário do SUS ele tem uma relação direta com justiça social.

Vasconcelos e Pasche (2006) definem bem esse princípio, “é a prioridade na oferta de ações e serviços para os segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (p.535)”.

Assim entendemos que a equidade, no âmbito do SUS é atender de acordo com as necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e a quem mais requer cuidados. Vai além da igualdade, inclui um princípio de discriminação positiva em relação aos grupos mais vulneráveis e assegura atendimento aos grupos mais excluídos.

Esse princípio, também norteia as políticas de saúde no sentido de reconhecer as necessidades de grupos específicos, como os negros, indígenas, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência. Dessa forma o acesso pretendido pelo SUS se dará de forma sistêmica, assegurando a igualdade de direitos atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais.

O acesso para o Ministério da Saúde (2009),

Está relacionado à ausência de barreiras no momento em que o usuário ‘entra’ no sistema e quando se faz necessária a continuidade da atenção. As barreiras podem englobar várias dimensões, como acessibilidade geográfica, disponibilidade de serviços e/ou profissionais, grau de acolhimento e vínculo, condição socioeconômica do usuário. Logo, é preciso que os serviços de saúde sejam de fácil acesso, de qualidade e em quantidade suficiente (p.11).

Nas variadas abordagens que se tem sobre acesso observa-se a importância da categoria na formulação e implementação de políticas públicas e suas possibilidades para o modelo organizacional do SUS. Assim também, é importante desmistificar os fatores

limitantes como a baixa acessibilidade, sistema fragmentado, focalização, ausência de hierarquia, descentralização e regionalização da rede assistencial, ausência de equidade, de acolhimento e a excludente capacidade financeira.

Apontamos aqui um dos fatores limitantes ao acesso à média complexidade, que é o reduzido número de estabelecimentos de saúde sob a gestão do Estado, o que provoca filas de espera intermináveis que nem sempre o paciente tem tempo de vida para aguardar. Quando esse número está aquém da necessidade de cuidados e assimetricamente distribuído para a crescente demanda, compromete os dois princípios do SUS, sem deixar de negligenciar os demais.

Assim, para assegurar o acesso a serviços de saúde, correlacionado com o princípio da equidade, necessário se faz um estudo mais aprofundado uma vez que os dois princípios, universalidade e equidade, estão intimamente relacionados. Entender que ofertar mais para quem precisa mais é uma garantia da oferta de ações e serviços de saúde adequados, oportunos e com capacidade de responder às demandas dos cidadãos.

Acesso e equidade são, portanto, dimensões conexas que devem ser analisadas numa visão globalizada para que o SUS avance com resultados favoráveis aos cidadãos, se fortalecendo contra uma das maiores ameaças para a saúde, o desmonte das políticas públicas com foco na privatização.

De acordo com Paim(2012, p.28):

O SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores, público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. Segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde.

Na realidade brasileira, os dois projetos de saúde, sanitaria e privativa, se contrapõem, deixando visível a dissonância entre eles. E no momento de grandes perdas de direitos adquiridos historicamente por luta da sociedade, o SUS sofre um sério risco de descontinuidade de suas ações.

CAPÍTULO 2 – A POLÍTICA DE SAÚDE NO AMAZONAS

A história de saúde no Amazonas segue os parâmetros da saúde brasileira, mas considerando que se diferencia dos demais estados brasileiros por suas particularidades geográficas. Seus municípios são distantes da sede governamental, e não dispõem de uma atenção à saúde que atenda a população nos três níveis de hierarquização. O deslocamento entre os municípios, em sua maioria, se dá principalmente por via fluvial, de rede viária frágil e desordenada, fator que restringe o acesso e aumenta os riscos de agravos no caso de atendimento emergencial.

É com o intuito de responder questões desse estudo que pesquisamos o acesso aos serviços de saúde e sua forte relação com o modelo adotado pelo Estado. E nessa relação procuramos entender como esse acesso garantido em lei se apresenta no cotidiano da Policlínica Codajás, lócus dessa pesquisa.

Por isso analisamos o funcionamento do Complexo Regulador, estratégia usada para realizar os agendamentos de consultas, exames e outros, que a partir de 2007, tem sido a principal ferramenta para a entrada do usuário na média complexidade.

Por fim o capítulo mostra um pouco da estrutura da Policlínica, seus programas, suas especialidades médicas e os exames oferecidos. Situamos, nesse contexto, os assistentes sociais que fazem parte do quadro efetivo da instituição, principal profissional que recebe as demandas do público demandante por consultas e exames.

A Policlínica Codajás, unidade de média complexidade, responde por grande parte do atendimento realizado pelo Estado com programas especiais que oferecem acompanhamento a públicos específicos. Os assistentes sociais que atendem na Policlínica têm desafios a serem superados para assegurar o acesso à saúde como preconizado no SUS.

2.1 – A SAÚDE NO AMAZONAS E SUA CONFORMAÇÃO

As desigualdades em saúde são consideradas como um problema global que aflige as populações locais dos países, tanto os mais pobres quanto os mais ricos, que persistem, demonstrando suas raízes históricas e estruturais (BARRETO, 2017).

Olhar o Estado do Amazonas a partir da lógica da saúde é perceber suas especificidades e também potencialidades, com desafios para o alcance da universalidade no SUS, que apresenta as desigualdades socioeconômicas e de saúde como um de seus maiores obstáculos, principalmente as desigualdades regionais, que associadas aos limites

governamentais dos gestores da saúde nos municípios e regiões menos favorecidas, não conseguem ofertar serviços conforme sua demanda.

O Estado do Amazonas é um exemplo de desigualdade sanitária por suas condições geográficas, culturais e ambientais, o que faz a saúde da população sofrer mais impactos, como a incidência de doenças transmissíveis que alteram as condições de vulnerabilidade dos espaços geográficos favorecendo uma maior reprodução ou circulação de parasitas.

Temos ainda uma vasta extensão territorial, grande contingente indígena e imensa variedade de doenças tropicais, ocasionadas pela proximidade com a floresta, agravados pelo difícil deslocamento entre os municípios, realizado por transporte aéreo ou fluvial precários, desfavorecem a fixação de recursos humanos, principalmente nos municípios cujo deslocamento se dá exclusivamente por transporte fluvial, ocasionando uma concentração dos serviços de alta e média complexidade na capital Manaus.

É com essas condições diferenciadas, que compõem o Fator Amazônico, e são colocadas historicamente como obstáculos no acesso a serviços de saúde, que o Governo do Estado, direciona a política pública através da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (Susam), que realiza a formulação e o desenvolvimento da Política Estadual de Saúde, pretendendo garantir à população uma atenção à saúde utilizando a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Amazonas.

Essas ações são coordenadas e reguladas pelo sistema local de saúde e devem considerar as definições e pactuações aprovadas e consensuadas nos fóruns competentes, tais como os Conselhos de Saúde no âmbito nacional e estadual e Comissões Intergestores nos níveis nacional, estadual e regional (CIT, CIB/AM e CIRs/AM, respectivamente) (AMAZONAS, 2016).

Na pretensão de diminuir as desigualdades em saúde, o Amazonas organiza a saúde como preconiza o SUS, de forma regionalizada, hierarquizada com ênfase na municipalização, que por questões políticas ainda não se consolidou, haja vista, o Estado ainda administra unidades de saúde da atenção básica.

No entendimento de que as políticas públicas têm uma pretensão de serem racionais e universais, nos deparamos com uma barreira no atendimento desse propósito: o atendimento às questões locais e regionais. Essa barreira nos desafia a pensar a saúde a partir da lógica da regionalização.

As regiões em saúde são instituídas pelo Estado em articulação com os Municípios, nos critérios do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentados pela Resolução nº

1, de 29 de setembro de 2011, deliberada pela Comissão Intergestores Tripartite, definidas como:

O espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (Art. 02; § 1º).

Nesse sentido, conforme o Plano Estadual de Saúde, o Amazonas está dividido em 9 regiões de saúde, conforme o quadro abaixo:

Quadro 01: As Regiões em Saúde no AMAZONAS

Regionalização da Saúde – Amazonas					
REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO AMAZONAS					
Quadro Sintético da Composição Regional					
Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	No. Microrregiões	Município Referência /CIR	No. de Municípios	Pop Regional
MANAUS	ALTO SOLIMÕES	3	Tabatinga	9	245.521
	JURUÁ	3	Eirunepé	6	131.556
	PURUS	2	Lábrea	5	129.421
	TRIÂNGULO	1	Tefé	6	127.856
	RIO MADEIRA	2	Humaitá	5	188.610
	BAIXO AMAZONAS	2	Parintins	5	240.242
	MÉDIO AMAZONAS	1	Itacoatiara	6	166.240
	RIO NEGRO/RIO SOLIMÕES	2	Manacapuru	8	283.904
	MANAUS, ENTORNO E ALTO RIO NEGRO	2	Manaus	12	2.424.986
1	9	18	9	62	3.938.336

Fonte: DEPLAN/SUSAM; IBGE Pop Estimada 2015, Res. CIB/AM 059/2011

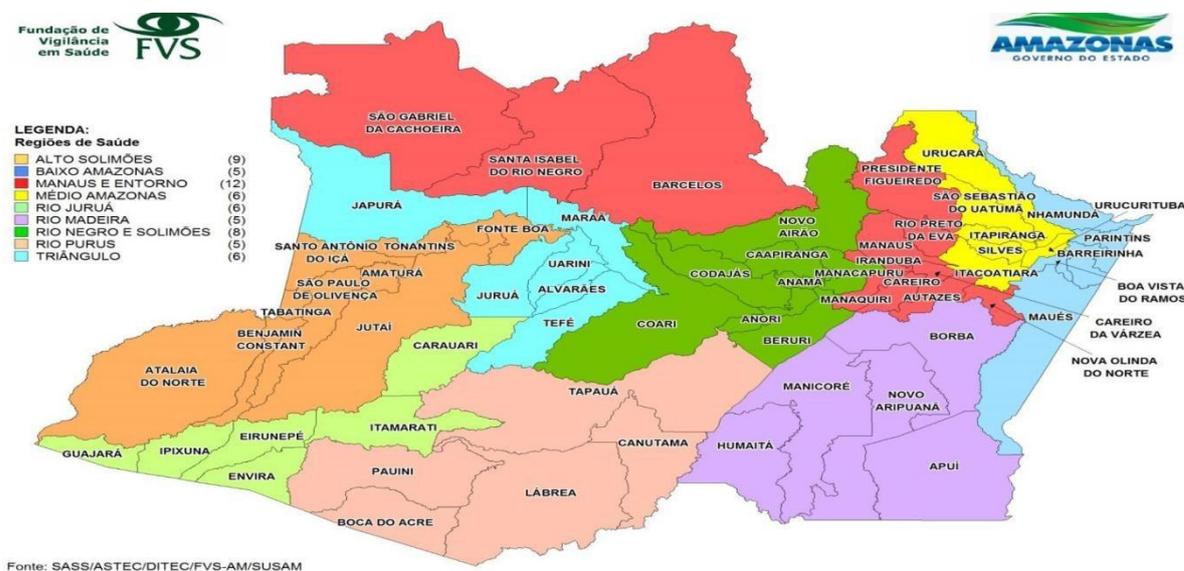
A região Manaus, entorno e Alto Rio Negro é composta pelos municípios de Autazes, Barcelos, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, DSEI Manaus, DSEI Rio Negro, Iranduba, Manaquiri, Manaus, Nova Olinda do Norte, Presidente Figueiredo, Rio Preto da Eva, São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel do Rio Negro. É a maior microrregião do Estado e tem ofertado em Manaus, a maioria dos serviços e especialidades em saúde (SUSAM, 2016).

Esta região de saúde obedeceu aos critérios definidos no projeto Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Regiões e Redes), que propôs uma tipologia para classificar, em âmbito nacional, as regiões de saúde formalizadas no SUS, tendo como base a situação socioeconômica e o perfil de oferta e procura.

Contudo não seguem a orientação de municípios limítrofes, mas por esses municípios atenderem melhor o critério de acessibilidade à Manaus, apesar de não estar em espaço geográfico contínuo. Um exemplo é a microrregional de São Gabriel da Cachoeira com 95%

de população indígena, e sua maioria residindo de forma dispersa e geograficamente isolada ocasionando tempos de resposta em não conformidade com os modelos assistenciais preconizados pela legislação pertinente, conforme observamos no mapa abaixo.

Mapa 01: Regiões de saúde do Amazonas



Fonte: Fundação de Vigilância Sanitária, 2016.

Por isso os gestores justificam a necessidade de tratamento diferenciado para as questões locais, defendendo a implantação do Decreto N. 7.508/2011 que regulamenta a Lei N. 8.080/1990, que prevê fortalecer o SUS considerando as especificidades regionais. O referido texto diz:

As políticas públicas de saúde devem ser adaptadas às características regionais e isso é uma tarefa que exige alterações profundas nos parâmetros nacionais para a pactuação intergestores na distribuição dos recursos financeiros, visando a operacionalização das ações e serviços de saúde, diz o texto.

Nesse ponto as pesquisas são importantes por apresentarem essas especificidades regionais e proporem resposta que subsidiarão a construção de políticas públicas, que atendam ao princípio da universalidade e equidade.

Para atender a esses espaços que constituem a rede geográfica do Estado do Amazonas existe uma rede física de serviços de saúde do Estado, que devem ser cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS), e está composta de 2.237 estabelecimentos de saúde, tanto públicos, privados e filantrópicos, distribuídos por gestão dupla (gestão compartilhada entre o estado e os municípios), gestão estadual e municipal.

Desse total, 66 estabelecimentos são administrados pelo Estado, por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas – SUSAM, e estão distribuídos conforme tabela abaixo:

Tabela 02: Estabelecimentos de Saúde da Rede na Capital Por Zonas Geográficas, 2015.

TIPO	NORTE	SUL	LESTE	OESTE	TOTAL
Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC)	3	3	3	3	12
Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI)	1	1	-	1	3
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	1	-	-	-	1
Policlínica	1	3	2	-	6
Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Policlínica	1	-	-	1	2
Serviço de Pronto Atendimento (SPA)	1	1	2	2	6
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	1	-	-	-	1
Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Maternidade	-	-	1	-	1
Hospital e Pronto Socorro da Criança (HPSC)	-	1	1	1	3
Hospital e Pronto Socorro (HPS)	1	1	2	-	4
Maternidade	2	1	1	1	5
Maternidade/Urgência Ginecológica	-	1	-	-	1
Hospital Infantil	-	2	-	-	2
Hospital Adulto	-	1	1	-	2
Fundação	2	2	-	3	7
Sede Secretaria	-	1	-	-	1
Complexo Regulador	-	1	-	-	1
Central de Transplante	-	1	-	-	1
Laboratório Central	-	1	-	-	1
Central de Medicamentos	-	1	-	-	1
Farmácia Popular	2	1	1	1	5
TOTAL	16	23	14	13	66

Fonte: SUSAM, 2016.

Num olhar atento sobre esta tabela podemos dizer que ela traz um dado que compromete o princípio da equidade, quando observamos a distribuição das unidades de saúde em Manaus. A zona, considerada de maior vulnerabilidade social e riscos à saúde, é beneficiada com apenas 14 unidades, com apenas cinco unidades de média complexidade. Pela lógica da rede e como princípio do SUS, a equidade como também a universalidade, estão sendo negligenciadas na oferta de mais unidades para quem mais necessita.

A ideia da regionalização é boa, mas existem muitos desafios a serem superados para que ela proporcione essa redução das desigualdades em saúde, a começar pelo repasse dos recursos federais que ainda é inferior a renda per capita nacional, uma infraestrutura sanitária inadequada escassa resolutividade nas respostas às demandas. O governo federal não atende às especificidades regionais e suas políticas sofrem descontinuidade restringindo a capacidade de gestão dos municípios.

Segundo Garnelo *et. al.* (2017, p. 1231):

A implantação de mecanismos de gestão colegiada e regionalizada na Amazônia tem sido lenta e o Amazonas não é exceção. O estado foi um dos últimos a aderir ao Pacto pela Saúde, e em 2010 somente 50% dos municípios amazonenses tinha efetuado tal adesão.

Os autores acima afirmam que a organização e oferta de saúde, na dinâmica da regionalização e particularmente na região Manaus e entorno têm implicações relacionadas às suas particularidades. Manaus é o município de melhor estrutura e maior IDH, contribuído com 77,7% do PIB do Estado, concentra os estabelecimentos públicos de saúde nos seus três níveis de atenção, o que deixa os usuários do SUS dos demais municípios sem alternativas de atendimento, o que os leva a buscarem os serviços na capital.

São iniquidades estruturais que interferem na organização dos serviços, mas além do isolamento geográfico, a baixa capacidade de gestão e arrecadação dos municípios impossibilita o avanço tecnológico nos serviços, como as consultas e exames agendados via SISREG, são condições que perpetuam a baixa resolutividade e os precários níveis de saúde. (GARNELO *et. al.*, 2017)

A cidade de Manaus, distante do que foi desejado pela população, se configurou em uma cidade diretamente ligada aos interesses dos empreendimentos e o poder público foi convocado para exercer um papel fortemente ativo na produção do espaço urbano para atender a essas empresas, deixando aos demais agentes apenas o residual desses investimentos. Daí a explicação do surgimento dos grandes bolsões de miséria no entorno de Manaus. É indiscutível que o modelo econômico aqui implantado, Zona Franca, trouxe crescimento econômico, mas contribuiu e tem contribuído para os impactos ambientais e sociais negativos que repercutem na saúde da população.

Ademais, a miséria se configura como um dos elementos que condiciona a saúde e os agravos nas doenças, pois a condição de pobreza causa alguma forma de exclusão socioeconômica que acaba contribuindo para que a pessoa adoença, e nos casos de doenças pré-existentes ocorrem os agravos. As doenças tropicais são um exemplo de doenças

relacionadas à condição de pobreza, que segundo a Organização Panamericana de Saúde, sua incidência fragiliza mais ainda essa população.

A SUSAM (2016, p. 112) coloca como desafios para fortalecimento da rede:

[...] a complexidade do acesso aos municípios, a dificuldade de fixação e alta rotatividade de profissionais, a infraestrutura deficiente de algumas UBS, a insuficiência de equipamentos e materiais, assim como a necessidade de melhoria nas condições de trabalho, para que as equipes do DABE/SUSAM possam sistematicamente monitorar e avaliar as equipes de AB municipais, condicionam o acompanhamento pouco eficaz dos indicadores. É possível que, a aplicação do financiamento nos termos da legislação vigente, contribuiria para a execução de ações e procedimentos de análise e tutoria mais resolutivas aos municípios no primeiro nível de atenção.

Entendemos que a superação desses desafios que geram as desigualdades em saúde passa pela releitura do processo de regionalização no sentido de avançar para além das condições estruturais desfavoráveis e as limitações políticas e econômicas da região, buscado priorizar os territórios e populações específicas. Até então, os modelos em saúde priorizam os grandes problemas sanitários e municípios de grande porte. Não se superam problemas somente com medidas racionais e administrativas, mas, sobretudo com investimento em recursos humanos, partilha de custeio e infraestrutura que proporcione a oferta de serviços desejáveis nos municípios, diminuindo o fluxo destes para a capital.

É necessário sair do determinismo geográfico e olhar para os precários meios sociopolíticos e institucionais na busca de investir na qualidade e efetividade do cuidado em saúde que a própria natureza oferece. Olhar a organização social da vida na região amazônica considerando sua participação no processo de planejamento das ações em saúde. O que é considerado obstáculo pode se tornar aliado facilitador no sentido de mudar o paradigma vigente na política de saúde.

O presente estudo nos permite dizer que o modelo de regionalização que o SUS preconiza não ocorre no Amazonas. A capital continua concentrando os serviços de saúde, os municípios submissos a esse processo, com pouco protagonismo no atendimento e frágil interação entre eles, desconfigurando a pressuposta rede de atenção. A ausência dessa interação entre os municípios e Estado, entre população e gestores, deixa uma lacuna que reflete um descompasso, também, no princípio da integralidade.

Nesse sentido o SUS, como política pública que garante o direito à saúde dentro dos moldes legais, deve estar interligado a outras políticas que garantam a integralidade, tais como, combate miséria, dirigidas a melhorar o nível de renda das pessoas, oferecer maior

acesso à saúde, educação, habitação digna, direito à alimentação de qualidade e quantidade suficiente, e assim estará contribuindo para a melhoria da saúde dessas pessoas.

Essa articulação é um desafio presente no SUS que muito afeta a população amazonense que busca diariamente atendimento no Serviço Social em busca de sanar seus males. Dessa forma é um desafio presente também, no cotidiano profissional do assistente social, principal interlocutor do usuário do sistema no que se refere ao acesso aos serviços.

2.2 – O ACESSO REGULADO NA MÉDIA COMPLEXIDADE

O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema de saúde público e gratuito. Somente em 2014, o sistema contabilizou 4,1 bilhões de tratamentos ambulatoriais, 1,4 bilhão de consultas médicas e 11,5 milhões de internações. No ano passado, o total de recursos investidos em ações e serviços públicos de saúde foi de R\$ 92,2 bilhões e este ano será R\$ 98,4 bilhões. Os valores financiam programas, como Saúde da Família, que hoje atinge a 112 milhões de habitantes, ou seja, mais da metade da população brasileira (56%) (BRASIL, 2017).

Esse volume de atendimento ocorre nos diversos níveis de atenção do sistema de saúde brasileiro e está organizado em redes de atenção. A rede surge com as profundas transformações socioeconômicas e conseqüentemente de estilo de vida, e impacta diretamente na saúde dos indivíduos e comunidades. Uma das conseqüências mais claras dessas transformações é a ascensão das condições crônicas de doença que se torna prioridade na agenda de saúde. (Ministério da Saúde, 2012).

A rede inicia na Atenção Básica e, segundo o Ministério da Saúde, é a referência, a porta de entrada, recebe a demanda espontânea, realiza os primeiros atendimentos, e como é referência encaminha o cidadão à outra instância de atendimento que é a média complexidade.

Segundo o Ministério da Saúde (2015):

Na atenção primária deve se concretizar os princípios da acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, é função dos profissionais da atenção primária exercerem a coordenação do cuidado das pessoas no acesso aos demais níveis de atenção, sem perder de foco a resolutividade das ações em Saúde (p. 02).

Nesses termos a atenção básica, responsável pela promoção e prevenção, inicia o acesso do usuário ao sistema, mas como o sistema funciona em Redes de Atenção, todos os entes federativos são responsáveis pelo atendimento subsequente, ou seja, deve oferecer continuidade nessa atenção em fluxos de referência e contrarreferência.

Na realidade estudada essa rede não consegue se estruturar para funcionar de forma a facilitar o acesso e atender à população em suas necessidades em saúde.

Muitos desafios ainda por superar nessas mais de duas décadas no processo de institucionalização do SUS, principalmente no que se refere ao acesso às ações e serviços de saúde ofertados pela rede. Ele ampliou seu contato com a realidade social, política e administrativa do país e evoluiu na regionalização, mas enfrenta desafios para superar a fragmentação das políticas e programas de saúde.

Na média complexidade ou atenção secundária, outro nível da rede, a estrutura e a organização das práticas em saúde dizem respeito ao modo como a atenção à saúde se estabelece, visando contemplar as políticas, princípios e normas que regem seu funcionamento. Tem uma rotina de trabalho, quantidade e duração das consultas, jornada de trabalho e oferta de especialidades (BRASIL, 2007).

Os tipos de atendimento nesse nível de atenção compreendem urgência e emergência, atendimento em saúde mental, consultas ambulatoriais de especialidade médicas, certos exames laboratoriais e de imagem e pequenas cirurgias. A demanda em sua maioria se traduz em demanda livre para atendimento de urgência, com classificação de risco, e demanda regulada pelo Sistema de Regulação.

A Policlínica, lócus dessa pesquisa, se insere nessa modalidade, excluindo os serviços de urgência e emergência. Muitos desafios foram apontados nessa unidade de saúde com relação ao funcionamento da rede de atenção que serão discutidos no decorrer do trabalho.

O não funcionamento adequado da rede de atenção suscitou do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASSEMS, uma pactuação responsabilizada no sentido de reorganizar a rede regionalizada e hierarquizada de suas ações e serviços.

Várias estratégias surgiram, dentre elas o Pacto pela Saúde que através da Portaria/SAS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 define a Regulação como uma diretriz e configura seu financiamento, conceitua as principais estruturas regulatórias, define metas, princípios orientadores e explica as responsabilidades dos gestores.

É aqui, em uma das dimensões desse Pacto, no Pacto de Gestão que encontramos o Complexo Regulador como estratégia de regulação assistencial, podendo sua abrangência ser micro ou macrorregional, municipal, estadual ou nacional, devendo ser pactuada em processo democrático e solidário entre as três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006).

A proposta do Complexo Regulador é unificar os serviços oferecidos pela rede para dirimir a fragmentação da gestão pública. A descentralização fortalece a capacidade gestora e

a expansão da rede SUS, contudo o isolamento de vários modelos de atenção à saúde, às vezes até concorrencial favorece a desigualdade no acesso.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) a regulação assistencial, já definida na NOAS 01/2002, diz que ela deve estar voltada para disponibilizar alternativas assistenciais mais adequadas a necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

A Política de Regulação da Atenção à Saúde tem “como objetivo implantar uma gama de ações meio que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde” (BRASIL (2006, p.10).

Essa Política, segundo o Pacto pela Saúde 2006:

Deve criar condições de respostas às necessidades reais por serviços de saúde, enfrentando a demanda real e a demanda artificial, de acordo com a oferta potencial e a oferta existente. Em síntese, deve regular de maneira mais efetiva a oferta de serviços de Saúde e a demanda por estes (p.13).

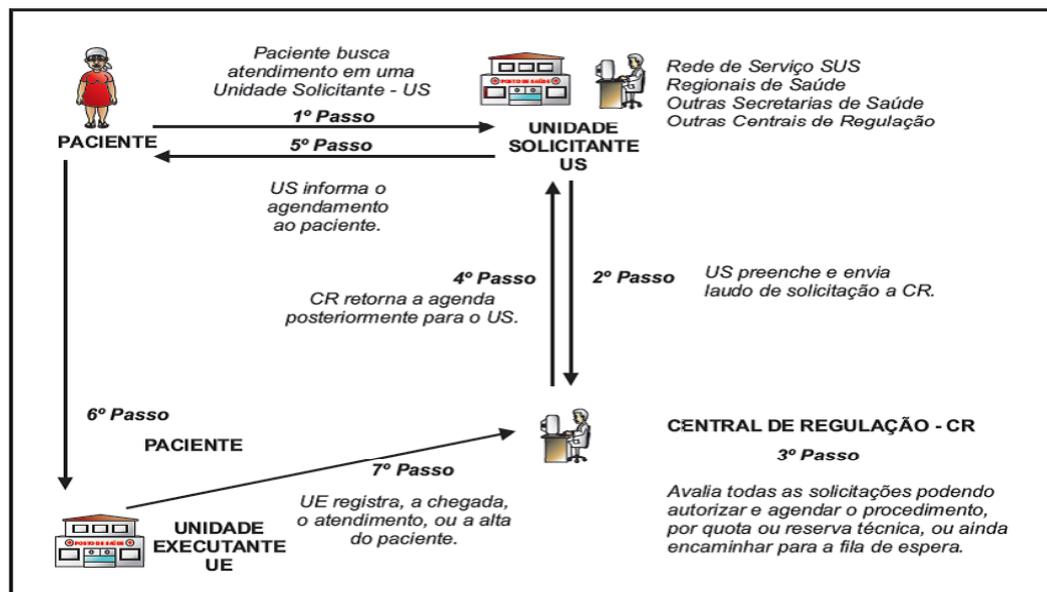
O Complexo Regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam. Esses agendamentos abrangem os três níveis de complexidade do SUS: atenção básica, média e alta complexidade.

Como estratégias para regular a oferta e a demanda em saúde, os Complexos Reguladores devem organizar o acesso à assistência num conjunto de ações articuladas e integradas, aproximando os serviços e ações às necessidades reais da população.

A organização do acesso ocorre em fluxos de referência especializada e contra referência municipal, o que exige uma rede hierarquizada e regionalizada, bem organizada e interligada através da Programação Pactuada e Integrada.

Na prática funciona conforme o fluxograma abaixo:

Figura 05: Fluxo de acesso Central regional de Regulação



Fonte: Complexo Regulador do Amazonas, 2011.

No fluxo acima, o usuário procura atendimento no estabelecimento de saúde solicitante, o atendente acessa o sistema com o perfil solicitante e por meio da função denominada “solicitar” marca a consulta diretamente no prestador de serviços de saúde ou encaminha a solicitação para a regulação. As solicitações de internação são enviadas diretamente para a avaliação do médico regulador na Central de Regulação. As solicitações são realizadas no sistema, por meio do Cartão Nacional de Saúde ou pelo nome do usuário e nome da mãe (SUSAM, 2011).

Parece simples, mas no cotidiano o fluxo complica e atrasa o atendimento, pois o usuário ao ir a uma UBS, porta de entrada, nem sempre consegue ser atendido por um clínico geral, quando consegue o encaminhamento não recebe informação correta e vai agendar nas policlínicas. Como as regras do fluxo é cada unidade agendar seus encaminhamentos, ele, ao chegar à policlínica é enviado de volta à UBS para o devido agendamento.

Esse vai e volta dos usuários, na maioria das vezes em situação de vulnerabilidade, seguida de uma longa fila de espera, agrava sua situação de doença e em alguns casos, quando o agendamento é realizado o paciente já veio a óbito.

O Estado não investe em recursos humanos, nem em informações adequados ao bom funcionamento do sistema, embora o Complexo Regulador tenha como exigência, para sua efetivação, um Plano Diretor de Regionalização - PDR; uma Programação Pactuada e Integrada – PPI; quantas centrais compõem o complexo; a área de abrangência (território) e o escopo (procedimento) da Central de Regulação; conhecer os recursos assistenciais

disponíveis em sua área de abrangência; definir fluxo de informações; definir rotinas operacionais; realização da configuração da central; identificar pontos de estrangulamentos, entre outros (BRASIL, 2006).

Quanto à modalidade de acesso ao sistema de regulação, elas se classificam em três: os estabelecimentos solicitantes, os executantes, e os solicitantes/executantes.

Para solicitar os agendamentos os profissionais solicitantes devem preencher os protocolos de regulação que ordenam os fluxos de encaminhamentos, qualificar o acesso (verde, amarelo ou vermelho), conforme o grau de risco do paciente.

Para realizar os agendamentos a Central de Regulação usa o mecanismo de cotas da oferta do serviço de acordo com a unidade solicitante e a unidade executante. Nesse processo é importante uma infraestrutura de informática tanto na central quanto na rede que compõe o fluxo de informações, além de uma eficiente rede de telefonia (SUSAM, 2011).

Para o Ministério da Saúde (2006) a utilização e o amadurecimento das metodologias e estratégias no estabelecimento de centrais de regulação apontam para a necessidade de melhorias no sistema original. O DATASUS vem aprimorando o sistema no sentido de distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população.

No Amazonas esse modelo foi implantado com a Qualificação do Amazonas e de Manaus pela Portaria nº 3151GM/MS de 06/12/2007, e assim como os demais

Complexos Reguladores, está voltado,

À regulação do acesso à assistência, com atuação bastante específica e concreta da relação do usuário com os serviços de saúde, da regulação médica na atenção ambulatorial, padronização das solicitações, por meio de protocolos assistenciais, organização de fluxos de referência e subsídios ao redimensionamento da oferta (AMAZONAS, 2011, p. 07).

Essa regulação ocorre com os serviços ofertados na rede de atenção à saúde e atende a proposta pactuada do Complexo Regulador do Amazonas implantada em seis fases, contemplando a macro e as microrregiões em saúde, conforme a tabela abaixo:

Tabela 03: Rede de Saúde Estadual no Interior por Tipologia e Região de Saúde – Amazonas, Dez/2015.

REGIÕES DE SAÚDE	TIPO EAS			TOTAL
	Hospital/ Maternidade	UPA	CRDQ	TOTAL
1303 Manaus, Entorno e Alto Rio Negro	13	01	01	14
1304 Médio Amazonas	07	-	-	07
1305 Juruá	06	-	-	06
1306 Purus	05	-	-	05
1307 Rio Madeira	05	-	-	05
1308 Rio Negro e Rio Solimões	08	-	-	08
1309 Triângulo	06	-	-	06
1308 Rio Negro e Rio Solimões	08	-	-	08
TOTAL	64	01	01	66

Fonte: Secretaria Executiva de Atenção Especializada do Interior (SEAASI).

Legenda: UPA = Unidade de Pronto Atendimento; CRDQ – Centro de Recuperação Dependentes Químicos.

Quanto ao funcionamento da regulação sobre referência e contra referência de pacientes para média e alta complexidade, ela se fundamenta na PPI, que segundo o Relatório Anual do complexo Regulador de 2011,

É o instrumento que considera, para efeitos de programação, as necessidades da população usuária do SUS e os respectivos tetos financeiros destinados a todos os municípios do estado o custeio para a assistência especializada, considerando-se os critérios de distribuição pactuados entre estado e seu conjunto de municípios, na instância gestora do SUS de âmbito estadual – a Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Amazonas (CIB/AM) (p.09).

Esse relatório contém dados do SISREG referentes ao ano de 2011 que nos permitem refletir na eficácia do sistema. Dos 7.335.469 procedimentos solicitados, entre consultas e exames, 99% foram agendados, contudo apenas 47% foram confirmados. Essas solicitações vieram de 454 unidades solicitantes, como UBS, hospitais, SPAs, entre outros. Existe um problema visível nesses dados referente ao quantitativo de exames agendados e os exames confirmados, há um absenteísmo alto, aproximadamente 53%, que o sistema tem que investigar.

O absenteísmo para Cavalcanti *et. al.* (2013), é um problema relevante e que acarreta aumento da fila de espera e de custos, sendo um fenômeno multicausal, onde as relações de causa e efeito perpassam todos os atores envolvidos: trabalhador, gestão e usuário.

Já em relação à rede de referência para atenção especializada, somente 22,14% são executantes, dentre eles as policlínicas e os ambulatórios, atenção psicossocial e unidade de apoio diagnóstico. Aponta ainda, que 60% dos agendamentos são solicitados por estabelecimento da rede especializada (AMAZONAS, 2011).

As policlínicas, unidades da rede especializadas, com perfil de executante, são os que dispõem de maior oferta para os procedimentos especializados de maior complexidade, o que explica a grande procura por atendimentos nesses estabelecimentos.

Outro procedimento do SISREG é a Fila de Espera que ocorre de forma cumulativa, e se concentra em consultas especializadas que supera a de exames. Dentre as consultas especializadas em Fila de Espera a maior espera é de neurologia pediátrica, seguido de proctologia e cirurgia geral.

No grupo de exames especializados a procura ocorre nos exames de Ultrassonografias com Doppler, Radiodiagnósticos, Diagnose em Urologia, Holter 24 horas e Ressonância Magnética com sedação (PESQUISA DE CAMPO, 2018). A pouca oferta desses procedimentos é preocupante, pois esses exames são imprescindíveis para diagnósticos mais precisos e reduzir os agravos em doenças. Na tabela abaixo comprovamos essa escassez, bem como a concentração dos exames realizados em Manaus.

Tabela 04: Recursos físicos – Equipamentos – Amazonas

Região de Saúde (CIR)	Equip. de Audiologia	Equip. de Diagnóstico por Imagem	Equip. de InfraEstrutura	Equipamentos de Odontologia	Equipamentos para Manutenção da Vida	Equipamentos por Metodos Graficos	Equipamentos por Metodos Opticos	Outros Equipamentos	Total
Manaus e Alto Rio Negro	159	1067	3388	5911	8034	283	865	625	20332
Rio Negro e Solimões	10	48	79	154	92	11	2	1	397
Rio Madeira	-	40	178	194	59	10	7	12	500
Médio Amazonas	-	36	21	65	58	10	14	15	219
Baixo Amazonas	-	55	250	170	94	10	13	8	600
Regional Purus	-	29	46	165	27	4	-	1	272

Regional Jurua	-	26	48	103	41	3	1	3	225
Triângulo	-	48	28	99	67	10	6	9	267
Alto Solimões	-	56	69	109	186	16	1	24	461
Total	169	1405	4107	6970	8658	357	909	698	23273

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2018.

Pelos números apresentados observamos que a capacidade de atendimento do Complexo Regulador é limitada, por diversos fatores, dentre eles a oferta incipiente dos exames, principais responsáveis pelo diagnóstico do paciente. A rede de assistência à saúde tem muitos desafios a superar, considerando o crescimento populacional e as novas demandas por consultas e exames, o acesso pode ficar mais restrito. A limitada capacidade instalada e a baixa resolutividade nos municípios do interior, em paralelo à concentração de serviços na capital, levam à necessidade de encaminhar um grande número de casos para a média e alta complexidade em Manaus.

Um dos desafios é integrar a rede de serviços em saúde. A rede estadual (referência) recebe o usuário encaminhado/agendado pela UBS da rede municipal, realiza o atendimento, e dependendo da situação, o atendimento se encerra ou inicia um tratamento, cuja duração depende da classificação da doença. Quando se trata de exames de média complexidade, há uma contrarreferência com informações que permitem o acompanhamento do paciente no local de origem.

Considerando que essa fila de espera dura em média 120 dias para consultas, e até dois anos para exames específicos, no caso das ressonâncias com sedação, o usuário perde nesse período o vínculo com a UBS de origem, e foca sua atenção no atendimento especializado. É nesse momento que esse usuário recorre ao Serviço Social para facilitar o acesso ao atendimento pretendido.

O quadro abaixo nos mostra com clareza essa situação:

Quadro 02: Solicitação de Agendamento

Cód. Solicitação	Data da Solicitação	Risco	Paciente	Telefone	Município	Idade Paciente	Procedimento	CI D	Unidade Solicitante	Unidade Executante	Data da Execução	Situação
224209516	14/12/2017		xxxxxx	xxxxxx	MANAUS	06A	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA C/SEDAÇÃO	G40	POLICLÍNICA CODAJÁS	-----	-----	SOL/PEN/REG

Fonte: Policlínica Codajás, 2019.

Essa criança iniciou seu atendimento em um CAIC e foi encaminhada ao neuropediatra, com diagnóstico inicial de epilepsia, mas necessitando da ressonância para

confirmação/negação da doença e tratamento adequado. Ela foi atendida na Policlínica pelo especialista que solicitou o exame acima referido no dia 14/12/2017. Há mais de dois anos essa família aguarda o atendimento, enquanto o quadro de saúde da criança se agrava.

A família dessa criança, sem recursos financeiros para os cuidados que a criança requer, procurou o Serviço Social e foi orientada a requerer o BPC e o passe livre, mas a família não consegue inserir a criança no sistema de proteção por falta do diagnóstico que só é concluído com o resultado do exame. Esses casos quando chegam ao Serviço Social, a família é orientada a procurar a Procuradora da Saúde para viabilizar, via judicial, o exame requerido.

Observamos que apesar da grande importância da organização da rede no sentido de assegurar o acesso aos serviços e garantir a integralidade do cuidado, no cotidiano, ela não se efetiva. Não assegura o caminhar do usuário de forma contínua na rede e não contempla a atenção às condições crônicas e agudas.

Os estudos documentais dessa pesquisa mostraram outras barreiras a serem superadas, dentre elas, o número limitado de profissionais, que em algumas especialidades tem apenas um para toda a rede, a exemplo do alergista que deixa a maioria da população acometida, sem assistência; o sistema de comunicação entre usuários e unidades de saúde é falho; o absenteísmo por razões diversas continua ocorrendo; poucas clínicas credenciadas e ou habilitadas para realização de exames mais complexos; dirimir a demanda reprimida.

Embora o Complexo Regulador pretenda a garantia da equidade e integralidade do cuidado, seus problemas vão além dos agendamentos de consultas e exames. Um dos desafios maiores refere-se à capacidade de organizar as atividades do sistema que vem comprometendo a governança do SUS. Soma-se a esses fatores o escasso financiamento para o custeio das ações, bem como uma significativa influência política na gestão das Unidades de saúde.

Os desafios exigem do setor habilidades no planejamento e estratégias que subsidiem as decisões políticas inter e intra setorial com ações pactuadas entre as três esferas, no caminho de uma atenção à saúde mais equânime, qualificada e eficaz.

2.3 – SERVIÇOS DE ATENÇÃO DA POLICLÍNICA FRENTE À DEMANDA DOS USUÁRIOS

O SUS que é um sistema de saúde organizado em rede de atenção com infraestrutura, organização, gestão financiamento e prestação da atenção que pressupõe um modelo de

atenção, ou modelo assistencial, que oferece os cuidados, a intervenção, as ações ou as práticas de saúde.

Essa realidade de atenção à saúde não é hegemônica, coexistem no Brasil dois modelos de atenção à saúde que convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitaria.

Modelo, segundo Paim (2012), tem uma carga semântica forte, e retrata a ideia de:

Algo exemplar, norma, padrão, referência ou forma, [...] e tende a estar presente no entendimento das expressões modelos assistenciais ou modelo de atenção. Todavia essa compreensão traz uma armadilha: insinua enquadramento, normatização ou padronização, fazendo necessário alertar ou, se possível evitar (p.548).

Nesse entendimento o modelo brasileiro de atenção à saúde pública, o modelo sanitaria, pode ser excludente e dificultar o acesso, uma vez que na sua hierarquização existe apenas uma porta de entrada que é a Atenção Básica. Vasconcelos & Pasche (2006) ao discutirem o princípio da hierarquização tecem uma crítica sobre esse modelo de atenção à saúde, sugerindo que poderia haver várias portas de entradas. Porque a hierarquização define que é na Atenção Básica que o indivíduo tem acesso a rede SUS, deixando a média complexidade sem saída para atender demandas espontâneas.

Se a média complexidade não funciona como porta de entrada, ela recebe a demanda referendada ou agendada pela UBS ou Alta Complexidade, agendando ou executando as consultas ou exames. A expectativa é que os casos recebidos nesse nível de complexidade, encaminhados pelo nível primário, devam ser atendidos satisfatoriamente, tanto em consultas como em exames. Deve também ter competência para oferecer assistência a cidadãos internados e para disponibilizar o devido tratamento às enfermidades de média complexidade.

No entanto, no Brasil as desigualdades municipais em saúde são muito distintas, o que traz muitos desafios à gestão. Vasconcelos & Pasche (2006) afirmam que de acordo com a complexidade do município, as respostas efetivas da gestão dependem da organização coordenada do sistema municipal, “que envolve a promoção, vigilância e assistência à saúde, de base territorial e da adequada articulação com os subsistemas de vigilância em saúde e com as redes assistenciais, de abrangência estadual e nacional” (p.553).

Baseados nos pressupostos da municipalização da saúde, a capital amazonense iniciou mudanças no que se refere a estruturas de reorganização do sistema de saúde, conforme a nova conjuntura do país. Assim adotou-se o sistema de saúde local em forma de distritos sanitários conforme critérios geográficos e demográficos. Dessa forma descarta o perfil

epidemiológico da população, ou seja, suas formas de adoecimento e seus determinantes sociais.

O Estado do Amazonas tem uma história tardia no processo de descentralização definido pelo SUS, a municipalização só ocorreu décadas depois da implantação do novo modelo de atenção à saúde. Isso explica a busca constante dos usuários por serviços de média e alta complexidade, ficando a promoção da saúde e a prevenção de doenças para segundo plano.

Nesse contexto a regionalização, segundo Silva (2015), tem caminhado lentamente, sendo marcante a carência de projetos que efetivem a integração intra e inter-regiões de saúde. A regionalização é uma das alternativas para facilitar o acesso e reduzir as desigualdades regionais em saúde.

As unidades de média e alta complexidade são regionalizadas, localizadas em emergências, ambulatorios de especialidades e internações hospitalares, visando à concentração do volume para redução de custos.

Os serviços são estruturados pela Secretaria de Saúde do Estado – SUSAM, que tenta organizar sua distribuição de acordo com os fundamentos e atributos inerentes às RAS, os quais são imprescindíveis para sua adequada implantação em nível local.

Assim a Policlínica Codajás se organiza segundo o princípio do nível de atenção da economia de escala o fundamento da sua estrutura, que segue a lógica de concentrar vários serviços em um local, ou seja, oferece assistência especializada à população.

Nessa unidade, a população que procura os serviços oferecidos é múltipla em suas demandas, pois oferece atenção secundária, ou seja, os profissionais envolvidos no atendimento são especialistas em determinadas áreas, como cardiologia, endocrinologia, ortopedia, psiquiatria, oftalmologia, reumatologia, entre outros. Nessa área de atuação os profissionais em saúde oferecem cuidados a usuários com doenças agudas, mas principalmente as doenças crônicas.

A história da Policlínica Codajás inicia antes do SUS. Em 26 de junho de 1984 era inaugurado o Centro Previdenciário do Amazonas, por seu fundador, superintendente do então INAMPS, Ubaldino Meireles, no governo de Gilberto Mestrinho. Em 1988, após a implantação do SUS, o então Posto Médico Franscitur, recebeu o nome de Posto de Atendimento Médico Codajás – PAM da Codajás, atendendo assim, não somente a clientela previdenciária, mas oferecendo atendimento de forma universal (SUSAM).

Durante os anos de 2001 a 2009 os PAMs Codajás e Centro, funcionaram no PAM Codajás, para que as obras do PAM Centro fossem realizadas. Nesse ínterim, em 2003, com o

processo de municipalização os PAMs se transformaram em Policlínicas, com atendimento de média complexidade, oferecendo serviços especializados em saúde.

Desse período até 2007 as consultas e exames realizados nessa unidade ambulatorial eram agendados na própria Policlínica de forma manual, sendo a maioria ofertada apenas nos primeiros dias do mês. Ressaltamos que esses agendamentos comportavam toda demanda do Estado do Amazonas o que causava grandes transtornos à população que pernoitava na área externa da Policlínica, conforme figura abaixo:

Figura 06: Cenário de usuários dormindo na entrada da Policlínica.



Fonte: Pesquisa documental

Filas quilométricas se formavam nesses dias e toda rotina da Policlínica se modificava, pois, os funcionários eram insuficientes para atender a demanda e eram deslocados de seus setores para auxiliar nos agendamentos. Quando o guarda abria o portão o caos se instalava. Na figura abaixo observamos o aglomerado de pessoas no corredor principal:

Figura 07: Cenário do corredor principal da Policlínica



Fonte: Pesquisa documental, 2006

Vasconcelos (2003) descreve em sua pesquisa a cena que cabe à Policlínica Codajás:

Cada um a procura de uma especialidade médica diferente. Unidade grande, vários ambulatorios, vários guichês de atendimento. Ninguém se entende. A maioria não conta com organização nessa espera. De quem seria essa tarefa? [...]. Como organizar esse momento de espera? Quem deve organizar? Ele deveria mesmo existir? Quando o guarda de segurança - que na maioria das vezes é o primeiro a informar sobre as rotinas e os serviços da unidade - abre o portão, "parece que se abre uma porteira de curral". É gente correndo para todos os lados, querendo chegar em primeiro lugar. (p.2003)

De 2003 a 2007 essa cena se repetiu, todos os cinco primeiros dias úteis do mês, sem que nenhum gestor encontrasse uma estratégia para minimizar esse estresse e sofrimento de funcionários e usuários.

Na tentativa de minimizar esses conflitos, em 2007 a Policlínica Codajás foi o estabelecimento de saúde escolhido para implantar a nova forma de agendamentos de consultas e exames, através do Complexo Regulador. Contudo algumas especialidades e serviços continuaram com agendamento local, como saúde mental, nutricionista, ginecologia, gravidez de risco, fonoaudiólogo e os programas de saúde.

A partir do Complexo Regulador, todos os encaminhamentos continuavam sendo agendados pela Policlínica, com a diferença que eram registrados pelo SISREG, mas como as filas persistiram, a Secretaria de Saúde decidiu que as consultas seriam todas agendadas pelo Complexo Regulador.

Nesta modalidade, cada unidade de saúde realiza a solicitação dos procedimentos para futuro agendamento. Neste caso, pela escassez de médicos disponíveis para o SUS, os usuários ficam em uma fila virtual, aguardando em casa por um agendamento que demora meses para se realizar.

A dificuldade do acesso aos serviços não termina com o agendamento. Outro problema surge que é a informação desse agendamento que não chega ao usuário, por várias razões: os números de telefones informados no cadastro do SUS mudam constantemente e o usuário não informa o número novo; falhas na transmissão das chamadas; unidade sem telefone e/ou com ausência de profissionais para realizar as chamadas.

Neste caso aparece, mais uma vez, o Fator Amazônico como desafio para o acesso à saúde causado pelos isolamentos dos municípios, comunidades e população ribeirinha e o modo vivendi da população. Estes usuários sofrem duplamente, pois também aguardam os agendamentos em abrigos, quando o município tem Casa de Apoio, ou em casas de amigos. Eles não têm prioridade nos agendamentos, e a maioria desconhece que seu município tem autonomia para realizar seus agendamentos.

Como observamos anteriormente o sistema de saúde, a partir do Complexo Regulador, oferta os serviços em redes hierarquizadas e a Policlínica recebe, como média complexidade, as demandas na sua maioria oriundas da atenção primária, e deve funcionar como extensão da atenção à saúde.

Contudo, o acesso é regulado diretamente pelo complexo regulador o que acarreta longas filas de esperas por exames e consultas. O usuário após uma espera que pode durar meses, chega ao profissional ao qual foi encaminhado, este solicita exames, uma outra longa espera, e por fim o retorno com os exames, também outro tempo de espera. Esse trâmite pode demorar entre três a 18 meses, dependendo do exame e do especialista.

Atualmente, mais de duas mil pessoas passam diariamente pela unidade em busca de atendimento médico em uma das mais de 30 especialidades oferecidas ou procedimento de média complexidade. Muitos desses usuários pernoitavam na área externa da Policlínica para assegurar um agendamento, seja de consultas ou exames.

Para atendimento a esse público a gestão da Policlínica está dividida em Direção Geral; Gerência de Administração, Gerência Técnica, Gerência de Clínica e Gerência de Enfermagem. Cada gerência é responsável por um grupo de profissionais da mesma categoria de formação e de um tipo de serviço. Ressaltamos que o Serviço Social não dispõe de uma gerência e fica submetido à gerência de Clínica.

A Policlínica funciona como referência para vários programas de saúde como o setor de Ginecologia com o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras de Câncer de Colo de Útero (SRC), que visa reforçar as ações de enfrentamento da doença, que ainda tem uma incidência alta no Amazonas.

Manaus, isoladamente, continua sendo a capital brasileira com a maior taxa bruta estimada para casos novos de câncer de colo do útero: 46,45/ casos a cada 100.000 mulheres (Estimativa INCA, 2014). A Policlínica não atua sozinha nesse serviço, recebe de outras unidades o apoio para diagnóstico conforme quadro abaixo:

Quadro 3: Estabelecimentos habilitados Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), 2016.

UF	Município	CNES	Estabelecimento
AM	Manaus	2017644	Hospital Universitário Getúlio Vargas
AM	Manaus	2018756	Policlínica Codajás
AM	Manaus	3500179	Policlínica Nova Cidade João dos Santos Braga
AM	Manaus	2011832	Poli Castelo Branco
AM	Manaus	2017865	Poli Dr Antônio Comte Telles
AM	Manaus	2018748	Policlínica Governador Gilberto Mestrinho

Fonte: CGAE/SAS/MS, fevereiro de 2017.

O protocolo de atendimento da Policlínica é realizado na própria Unidade para facilitar o acesso de mulheres com lesões de alto grau no colo uterino, à rede de atenção de média complexidade, acolhendo-as diretamente das unidades neste tipo de tratamento. Apesar da relevância do Programa, os médicos especialistas não compõem a rede SUS, são em sua maioria profissionais cedidos pela UEA que utilizam o atendimento como estágio para ginecologia especializada.

No mesmo setor de ginecologia foi instalado recentemente o ambulatório Transexualizador, que é um serviço especializado, fruto de um acordo com a UEA, que atende pessoas trans, o único da rede pública que oferece a hormonioterapia no Amazonas. Há cerca de um ano o ambulatório faz o processo Transexualizador, atendendo em média 40 pacientes, cuja transformação pode durar em média dois anos.

O Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde foi criado em 2008 e redefinido em 2013 e está inserido na Política Nacional de Saúde LGBT de 2011 como conquista do movimento LGBT. Na Policlínica o ambulatório funciona desde 2017, com uma equipe constituída por ginecologista, advogado, enfermagem, psicólogo e serviço social. É um público específico que necessita dessa equipe multiprofissional numa sociedade com padrões sociais em redefinição, e que ainda sofre muito com o preconceito (BRASIL, 2016).

Embora o programa ainda não tenha a habilitação do Ministério da Saúde, ele funciona regularmente com a dispensação dos medicamentos necessários à transformação. Essa habilitação pode tirar 300 transgêneros da fila de espera por cirurgia, ainda não realizada no Estado.

Outro Programa de referência é o Centro Especializado em Reabilitação Tipo III, antigo PAID, que integra a Rede de Atenção à Pessoa com deficiência, contribuindo para o seu acesso aos serviços necessários à sua melhor qualidade de vida, dentre os quais, órteses e próteses, cadeiras de rodas para adulto e criança, cadeira de banho, aparelho auditivo, e bolsa de ostomia.

Esses serviços estão distribuídos em módulos, quais sejam: Módulo Auditivo, Módulo Ocular, Módulo Ortopédico, e Módulo Afins (ostomizados), para cada programa há um assistente social que atua no atendimento direto aos usuários, identificando suas demandas e promovendo a inclusão nos programas desenvolvendo ações socioassistenciais e socioeducativas. Essas ações são consideradas as principais demandas ao Serviço Social.

Os usuários desses programas são acompanhados por uma equipe multiprofissional composta por um médico especialista na área referente, assistente social, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, técnico de nível médio. Esse é um

serviço oferecido pela Policlínica que não necessita de agendamento via regulação, os agendamentos são locais.

No CER III os agendamentos com profissionais médicos do programa, não são demorados, é no acesso aos serviços, como cadeira de roda, órteses e próteses, aparelho auditivo e as bolsas de colostomias que consistem nos nós da questão. O programa tem uma demanda reprimida significativa, considerando que na região de saúde Entorno de Manaus e Alto Rio Negro essa população é de aproximadamente 686.927, ou seja, 65,17% do total do Estado, para apenas um Centro de Reabilitação de modalidade III, que abrange a reabilitação física, auditiva e visual, instalado na Policlínica Codajás (SUSAM, 2016).

A SUSAM investe em outro Centro de Reabilitação na Colônia Antônio Aleixo, encontra-se em processo para habilitação em CER II em reabilitação Física e Visual (Processo nº 25.523/2015). Em relação aos municípios do interior, existem 3 municípios com CER em processo para habilitação: Itacoatiara (RS do Médio Amazonas), Manaquiri (RS de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro) e Coari (RS Rio Negro e Rio Solimões).

Um dos grandes gargalos do CER III é a concessão dos aparelhos: para a cadeira de rodas cujo tempo de espera mínimo é em torno de 12 meses; na consulta com o otorrino, ao encaminhamento à clínica terceirizada para receber o aparelho auditivo o trâmite demora em média 12 meses, incluindo realização de exames. E após o recebimento do aparelho não existe o acompanhamento pela equipe multiprofissional como preconiza o programa. Os usuários não retornam à Policlínica para o período de adaptação ao aparelho o que resulta, na maioria das vezes, na desistência do seu uso, ocorrendo aí dois problemas que necessitam ser solucionados, há uma perda de recursos, pois o aparelho fica ocioso e o outro problema é o usuário que não consegue se adaptar ao aparelho (Policlínica Codajás, 2019).

A Policlínica também abriga um Centro de Pequenas Cirurgias que realiza pequenas intervenções cirúrgicas, drenagens, retirada de sinal, cisto, dedo supranumerário, lipoma, entre outros. Os atendimentos são regulados via SISREG, e a fila de espera é pequena.

Outro público que busca serviço especializado na Policlínica é a gestante considerada de alto risco, pois em 2017 a Policlínica recebeu o Ambulatório de Gravidez de Alto Risco, que funcionava na Maternidade Balbina Mestrinho, realizando pré-natal na gravidez de risco, com agilidade na realização dos exames. Elas recebem acompanhamento de médicos cardiologistas, endocrinologistas, reumatologistas, entre outros. Todos trabalhando em conjunto com os obstetras que acompanham binômio mãe e bebê.

Imaginologia é um setor que oferece exames de Ecocardiograma, Teste

Ergométrico, USG mamária, pélvica, obstétrica, abdômen total e transvaginal. Também oferecia exames de Raio X, Endoscopia e Espirometria, que por falta de recursos financeiros e humanos os serviços estão suspensos. Os agendamentos são realizados via SISREG com demora de até 18 meses, que nesses casos o usuário procura o Serviço Social que intercede para agilizar o exame, e sempre é atendido.

No Setor de Registros Gráficos são realizados Eletrocardiograma, eletroencefalograma e audiometria. Alguns desses exames, mesmo solicitados como urgência, demoram meses para agendar.

Tem ainda, um centro de Fisioterapia estruturado para reabilitação de doenças motoras, entre outras. Os agendamentos para fisioterapia são realizados via SISREG e são bastante procurados.

Em outubro de 2017 foi instalado na Policlínica Codajás o Programa Ambulatorial de Egressos, oferecendo acompanhamento ambulatorial a pacientes com pé diabético, complicação decorrente do diabetes que provoca feridas nos membros inferiores que podem evoluir para úlcera. O atendimento vai além do tratamento, pois são realizados encontros para recepcionar os novos pacientes e os pacientes que ganharam alta do tratamento das lesões, com objetivo de prevenir novas complicações.

Recentemente, o Ministério da Saúde capacitou uma equipe da Policlínica Codajás, composta por, um médico geneticista, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e uma assistente social para receber o Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN, que é uma estratégia preventiva em Saúde Pública, que possibilita a eliminação ou amortização das sequelas e diminuição da mortalidade infantil, associadas a cada uma das doenças que podem ser diagnosticadas de zero até trinta dias de vida, cujo Teste do Pezinho é o modelo histórico exitoso.

As patologias do Teste do Pezinho são classificadas como Erros Inatos do Metabolismo (EIM). Todas são crônicas, congênitas, genéticas e incuráveis, com manifestações clínicas que se iniciam no primeiro ano de vida. Mas, que se tratadas precocemente, garantem uma sobrevida normal com integração social total dos doentes.

Para esse programa, como nos demais instalados na Policlínica o agendamento é local a partir do encaminhamento do pediatra, já com o diagnóstico confirmado.

Apesar de toda essa estrutura a Unidade tem um índice em média, de duas reclamações semanais, por diversos motivos. O principal, segundo dados da Ouvidoria, é a dificuldade de agendamento por falta de vagas, tanto em consultas de primeira vez e retorno

como os agendamentos dos exames, e tem ainda um índice elevado de reclamações por atendimento grosseiro.

A Ouvidoria é outro setor ligado diretamente à direção da Policlínica, e tem como responsável uma assistente social, por entender que esse profissional tem perfil para cumprir a função da Ouvidoria: ser canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, cujo objetivo é melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Segundo os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde:

O assistente social, ao assumir a ouvidoria, deve consolidar os dados obtidos nos atendimentos por meio de relatórios e coletivizá-los no conselho diretor da unidade e/ou direção da unidade, bem como estabelecer articulação com os conselhos de saúde (da unidade e local) para que as demandas sejam analisadas coletivamente e as respostas tenham impacto no funcionamento da unidade e na política de saúde, por meio das mudanças necessárias (CFESS, 2010:58).

A Ouvidoria está instalada, estrategicamente na entrada da Policlínica, dentro do Setor de Agendamento, ao lado do Setor de Comunicação e do Serviço Social de Plantão, local de concentração das demandas.

A Policlínica, assim como as demais unidades de saúde, convive com a crise que o Estado enfrenta nesta área cujos reflexos maiores recaem sobre a população usuária do sistema que fica sem atendimento, tendo assim seus agravos em saúde potencializados.

Referente às reclamações por falta de vagas no sistema, lembramos que foi citado acima o baixo número de médicos no Estado e credenciado ao SUS, e ainda o Amazonas tem o menor percentual de médicos atuando no interior, apenas 6,9%, ou seja, as consultas com especialidades médicas se concentram na capital, outro problema surge: os encaminhamentos para consultas com especialistas se avolumam e representam uma grande demanda para Manaus (SILVA, 2015).

Concernente aos exames, nossa pesquisa apontou que os equipamentos que realizam os exames, segundo os dados da SUSAM (2016), não acompanham a estrutura dos macros e micros regiões em saúde, existe uma má distribuição nos serviços. Dos 1.210 equipamentos disponibilizados para realização de exames no Estado, 691 estão em Manaus, o que expressa uma desigualdade de distribuição dentro do próprio Estado. Esse pode ser um dos nós que dificultam a realização dos exames diagnósticos. Ainda presenciamos equipamentos com defeito, aguardando conserto sem previsão de liberação, bem como a ausência de convênios com clínicas privadas para realização dos mesmos. Como exemplo os exames de USG com doppler, Holter, Colonoscopia, entre outros.

Outro desafio que a Policlínica enfrenta se refere ao acolhimento que o usuário recebe, que deixa muito a desejar, principalmente com o novo público do programa transexualizador, uma vez que a sociedade, ainda regida pelo preconceito, não aceita que o governo ofereça serviços a esse público. Desde o final do ano de 2018, ainda na gestão anterior, foram promovidas várias oficinas de humanização no atendimento, fortalecidas pela equipe de humanização da Policlínica e da SUSAM.

É importante ressaltar que a Policlínica tem vários problemas a resolver, que os gestores ignoram ou não consideram importantes. Um deles, que consideramos relevante, está no Setor de Agendamento que trabalha com estagiários, jovens que desconhecem o SUS, as prioridades em saúde, os problemas de saúde que afetam a população, e ainda tem dificuldades de operar o sistema, gerando longas esperas, principalmente por agendamentos com erros. Esses estagiários são temporários e não conseguem ter uma rotina sistematizada.

Outro problema que gera muita reclamação é a recepção que não tem estrutura, nem recursos humanos capacitados para realizar um acolhimento humanizado. Geralmente quem realiza o acolhimento e socializa as informações são os guardas contratados para outra função. Esse é um problema que persiste e que poderiam ser resolvidos com alguns ajustes no setor de recursos humanos.

Outro problema a ser resolvido é a estrutura física com salas ociosas por falta de médicos; salas pequenas e inapropriadas para desenvolver os Programas que a Policlínica abriga; e uma reforma iniciada em 2017, que envolve várias salas, embargada por uma auditoria da SUSAM.

A sua própria estrutura física compromete a acessibilidade, a começar pela entrada principal que tem escadas com inúmeros degraus, o que dificulta demais a circulação de seu público alvo, principalmente os usuários do programa pé diabético, do CER III e os sequelados de doenças crônicas.

Muitos são os desafios a serem superados entre os quais apontamos a compreensão da função e dos serviços de média complexidade, a resolução da baixa complexidade demandando um público reprimido em atenção à saúde, assegurar o retorno do paciente para tratamento e acompanhamento de suas necessidades, aquisição e manutenção de equipamentos, acesso universal, definição de fluxos de referência e contrarreferência, qualificação e capacitação dos profissionais; desenvolver processo de planejamento dos serviços e de rotinas de trabalho; ampliar recursos financeiros; adequação da infraestrutura para melhorar a acessibilidade.

A Policlínica recebe uma grande demanda que extrapola em muito, sua capacidade de atendimento, pois a cidade de Manaus não tem apenas a maior densidade demográfica e as melhores condições de vida do Estado, mas “todos os serviços públicos de alta complexidade e cerca de 89% dos de média disponíveis no estado, obriga os usuários de todos os municípios a acorrerem à capital do estado em busca de atenção especializada” (SILVA, 2015, p.04).

Como é conhecida historicamente por abrigar especialidades raras em saúde e por décadas abrigar os únicos serviços que o SUS oferecia na cidade, ainda existe no imaginário da população amazonense a imagem do PAM que resolve tudo, que agenda tudo.

No capítulo que segue observaremos como o Serviço Social na Policlínica Codajás enfrenta cotidianamente essas demandas atuando como um centralizador de informações e de problemas, e esse profissional usa a maior parte do seu tempo na resolução desses casos emergenciais, decorrentes das falhas de informação e de organização institucional, bem como das falhas do Estado em prover serviços que atendam a demanda. Além disso, quando recebe esses usuários estressados, cansados e sofridos desse descaso, precisa assegurar condições de tranquilidade e calma, para evitar aumentar os riscos e agravos decorrentes dessas falhas.

CAPÍTULO 3 – O TRABALHO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLICLÍNICA DE MANAUS

Neste capítulo contextualizamos o Serviço Social como profissão surgido na divisão social e técnica do trabalho, no seio da sociedade capitalista, que recebe os reflexos deste sistema de produção. Desta forma o Assistente Social como profissional atua em situações de limites e possibilidades no atendimento à população.

Para tanto, realizamos uma pesquisa com as assistentes sociais que atuam na Policlínica Codajás, zona sul de Manaus, no total de 07, que ora analisamos, a partir dos formulários preenchidos em contraste com as demandas dos usuários colhidas em entrevistas, que mostram as práticas utilizadas por esse profissional no atendimento às necessidades dos usuários.

Em seguida analisamos as entrevistas realizadas com os usuários, no total de 23, que em sua simplicidade colaboraram para elucidar a imagem que tem do profissional em Serviço Social. Em buscas constantes a esse profissional, os usuários formam em seu imaginário um agir profissional que pode ou não reforçar a imagem da “moça boazinha” que resolve seus problemas.

O estudo é explicado pela necessidade de investigar as reais possibilidades e contribuições do assistente social no acesso à saúde, no atual contexto de desmonte das políticas públicas, de acesso restrito a esse direito assegurado constitucionalmente.

Dessa forma o retrato da pesquisa é revelado, como ponto principal dessa dissertação e como possibilidade de reflexão sobre a importância da atuação profissional do assistente social, bem como seus limites e suas possibilidades de avanços na consolidação do direito à saúde. Nesse contexto o Serviço Social como profissão requerida pela sociedade e pelo Estado para atuar nas diversas expressões da questão social, é uma profissão histórica que passou e passa por processos de adequação e reestruturação, em virtude de mudanças bruscas de caráter social, político, econômico e cultural (MONTAÑO, 2009).

Analisamos suas demandas na área da saúde, seus desafios e conquistas, considerando as mudanças estruturais e políticas ocorridas no Brasil sob a égide do novo ciclo de expansão capitalista, onde o SUS, refém da lógica do capital neoliberal, luta pela efetivação de seus princípios.

Nesse contexto a categoria profissional tenta responder as requisições dos usuários e empregadores, considerando que a política de saúde é resultado de lutas e conquistas da sociedade civil e um direito assegurado na Constituição Federal de 1988. Essas respostas têm

caráter contraditório que impõem limites à atuação profissional, requerendo estratégias de superação.

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho e atua nas relações sociais, no seio da contradição capital-trabalho, e tem sua prática definida a partir da identificação de seu objeto de intervenção, a questão social, num contexto de conjuntura histórica desfavorável ao seu projeto profissional (IAMAMOTO, 2006).

Tendo como objeto genérico a questão social ele atua numa relação conflituosa entre o capital e o trabalho, eixo gerador das desigualdades sociais e da exclusão social, manifestadas nas situações sociais dos sujeitos históricos.

O estudo que apresentamos nesse capítulo se relaciona com as desigualdades em saúde e o papel do assistente social nesse contexto, cuja discussão se apresenta a partir da sua prática profissional em uma unidade de saúde de média complexidade, na cidade de Manaus.

No cotidiano do trabalho, na Policlínica Codajás, percebemos uma necessidade de investigar as reais possibilidades e contribuições do assistente social no acesso à saúde, no atual contexto de desmonte das políticas públicas, de acesso restrito a esse direito assegurado constitucionalmente.

Assim esse capítulo enseja contextualizar o Serviço Social como profissão requerida pela sociedade e pelo Estado para atuar nas diversas expressões da questão social, uma profissão histórica que passa por processos de adequação e reestruturação, em virtude de mudanças bruscas de caráter social, político, econômico e cultural.

Analisa as demandas para o Serviço Social na área da saúde, seus desafios e conquistas, considerando as mudanças estruturais e políticas ocorridas no Brasil sob a égide do novo ciclo de expansão capitalista, onde o SUS, refém da lógica do capital neoliberal, luta pela efetivação de seus princípios.

O resultado da pesquisa retratada neste capítulo, como ponto principal dessa dissertação apresenta uma possibilidade de reflexão sobre a importância da atuação profissional do assistente social, bem como seus limites e suas possibilidades de avanços na consolidação do direito à saúde.

A modalidade da pesquisa foi de abordagem qualitativa que proporcionou dados subjetivos diante dos aspectos que se fazem inerentes a essa questão, e será complementada pela utilização de dados quantitativos, que permitiram investigar dados mais precisos, mensuráveis e comprováveis se falando em quantidade de resultados das ações em saúde oferecidas pela Policlínica, unidade de atenção especializada em Manaus e como o trabalho do assistente social se materializa nesta unidade.

No atendimento aos objetivos proposto neste trabalho, realizamos uma pesquisa de campo utilizando formulários preenchidos pelas profissionais que atuam na Policlínica Codajás, zona sul de Manaus, que foram compactados e analisados em contraste com a demanda dos usuários colhida nos formulários, que mostram as práticas utilizadas por essa profissional no atendimento às necessidades dos usuários.

Nesse contexto a categoria profissional tenta responder as requisições dos usuários e empregadores, considerando que a política de saúde é resultado de lutas e conquistas da sociedade civil e um direito assegurado na Constituição Federal de 1988. Essas respostas têm caráter contraditório que impõem limites à atuação profissional, requerendo estratégias de superação.

3.1 – O ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE NO SUS

Contextualizar uma profissão e sua qualificação ajuda a atender como se estrutura a divisão social e técnica do trabalho refletindo o significado dessa profissão e sua necessidade gerada em um determinado contexto histórico. E para se entender as profissões em saúde é essencial uma análise sobre vários ângulos que identifiquem os porquês de seu surgimento e sua relevância para a sociedade.

Segundo Lanza *et. al.* (2012) a atuação profissional requer um conhecimento construído socialmente, que tem uma estrutura organizativa corporativa, vocacional, ancorada num código de ética e desenvolve um saber específico que lhe assegura certa autonomia no trabalho. Na saúde, algumas dessas profissões estão ligadas a assistência e a promoção da saúde que se ancoram no conceito ampliado de saúde conforme a Constituição Federal de 1988.

O Serviço Social é uma dessas profissões e tem uma atuação histórica na área da saúde, visto que as questões que envolvem o processo saúde-doença são essencialmente sociais e se conformam em demandas profissionais.

No entendimento do Serviço Social como profissão duas teses justificam sua gênese, que segundo Montañó (2009) são concepções contraditórias. A primeira, a perspectiva endogenista, a profissão surge na organização e evolução da forma de ajuda, religiosa ou filantrópica.

Nessa visão, a profissão vem de uma evolução da caridade, que para Iamamoto (2006) é uma visão de dentro e por dentro das fronteiras do Serviço Social como se ele fosse fruto de

uma evolução interna e autônoma dos sujeitos que a ele se dedicam. A referida autora destaca que essa visão é parte dos discursos dos pioneiros em Serviço Social com a qual ela não concorda.

Num caminho oposto está a perspectiva histórico-crítico que segundo Montaño (2009, p. 30):

Entende o surgimento da profissão do assistente social como um produto da síntese dos projetos político-econômicos que operam no desenvolvimento histórico, onde se reproduz material e ideologicamente a fração de classe hegemônica, quando, no contexto do capitalismo na sua idade monopolista, o Estado toma para si as respostas à “questão social”.

Nessa mesma compreensão Iamamoto (2006, p.12) afirma que

A profissionalização do Serviço Social pressupõe a expansão da produção e de relações sociais capitalistas, impulsionadoras da industrialização e urbanização, que trazem, no seu verso, a —questão social. A luta dos trabalhadores por seus direitos invade a cena política, exigindo do Estado o seu reconhecimento público.

Nessa leitura entendemos que como profissão, o Serviço Social se institucionalizou nas instituições do Estado e empresas capitalistas, num contexto de expansão do capitalismo que requereu uma intervenção com um nível de eficiência, racionalidade e produtividade que o processo de modernização do capital exigiu. Com o desenvolvimento das forças produtivas nasceu a necessidade de conter a força de trabalho, por meio de uma prática profissional, como apoio administrativo no sentido de promover e integrar os trabalhadores no processo de produção, entre outros.

Assim, concordamos com Iamamoto (2006, p.12) na sua assertiva que o Serviço Social “rompe com a tradicional filantropia para transformar-se em uma das engrenagens da execução das políticas públicas e de setores empresariais, seus maiores empregadores”.

Quando o Serviço Social rompe com essa tradição e se institucionaliza, vai exatamente atender as necessidades do Estado e das empresas, numa perspectiva de responder transformando-as em demandas por meio de suas mediações.

Na visão de Mota e Amaral (2000, p.25) “as demandas são requisições técnico-operativas que, através do mercado de trabalho, incorporam as exigências dos sujeitos demandantes”. Elas se manifestam em diversos campos e apresentam requisições distintas, sobretudo quando a atuação do Estado deixa lacunas na sua intervenção, seja no campo da educação, meio ambiente, saúde, entre outros.

Esses são espaços socioocupacionais que requerem um profissional qualificado, cuja atuação traga respostas que satisfaçam as necessidades dos sujeitos requisitantes, nos quais o assistente social também atua.

Na área da saúde, de acordo com Bravo (2009) a profissão surge no Brasil na conjuntura de 1930 a 1945, sob forte influência europeia, já com algumas disciplinas relacionadas à saúde e se amplia a partir de 1945 com o aprofundamento das exigências do capitalismo, no pós 2ª guerra mundial.

Contudo o fator determinante para ampliação profissional nessa área foi o novo conceito de saúde elaborado em 1946 pela OMS, que enfatiza os aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença que, em 1948 é consolidada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, constante no pressuposto do *Welfare State* e incorporado em parte na Constituição Federal do Brasil de 1988.

Esse novo conceito proporciona a ampliação na abordagem em saúde com ênfase no trabalho em equipe multiprofissional, o assistente social vai integrar essa equipe, atuando em novos programas que priorizavam uma intervenção educativa voltada para os hábitos de higiene e saúde.

Antes do SUS, pela ausência de uma saúde preventiva,

Os assistentes sociais vão atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios, por meio do plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (BRAVO & MATOS, 2009, p.199).

Essa atuação profissional se justificava porque a saúde era analisada na visão flexineriana hospitalocêntrico, e o profissional pautava sua ação de acordo com a conjuntura política e socioeconômica do país, onde as expressões da questão social eram entendidas como uma questão moral e religiosa dos indivíduos e não como expressão das desigualdades sociais, econômicas e políticas.

Segundo os autores acima, o momento exigia essa concentração na assistência médica hospitalar e o Serviço Social atuava como educador e disciplinador na manutenção da ordem vigente, lidava nessa contradição entre a demanda e seu caráter excludente.

Somente a partir da década de 60 surgiram algumas inquietações que questionavam o conservadorismo de uma prática sedimentada na cura, principalmente na assistência médica previdenciária. Uma parcela da categoria, até então hegemônica, questionavam o conservadorismo da profissão, respaldadas por “outras questões levantadas pelas ciências

sociais e humanas, principalmente em torno da temática do “desenvolvimento” e de suas repercussões na América Latina” (BRAVO e MATOS, 2006, p.05).

O movimento de reconceituação que iniciou intencionava romper com a prática do Serviço Social tradicional, resultou na definição da direção política e ideológica da profissão, cujo compromisso com a defesa de direitos da classe trabalhadora visando a construção de uma nova ordem societária serão incorporados ao Código de Ética Profissional de 1993. São transformações profundas que rebatem no trabalho do assistente social na área da saúde.

Embora a categoria estivesse, neste momento, dividida teoricamente, Bravo e Matos (2006), afirmam que o Serviço Social não alterou suas práticas no período da distensão política (1974-1979):

O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora”. As produções teóricas, apesar de restritas na área, também não romperam com essa direção. Ressalta-se como exceção à essa tendência um artigo publicado na Revista Serviço Social e Sociedade, por Nicoletti (1979), que enfoca a planificação em saúde e a participação comunitária, abordando questões presentes no debate do movimento sanitário (p.6).

Somente na década de 80 que o Serviço Social repensou de forma mais consistente sua prática e sua direção social, momento de transformações, de renovação e amadurecimento teórico. O Brasil também buscava transformações, vivia um momento de grande efervescência política pelo fim da ditadura militar e pela redemocratização do país. Destacamos que concomitantemente a esses movimentos a população fortalece o movimento de reforma sanitária, iniciado na década de 70, que lutava, entre outros direitos, pela universalização do acesso a saúde como direito de todos e um dever do Estado.

No entanto, o Serviço Social, apesar de receber influências dessa conjuntura de luta política, estava centrado na disputa pela nova direção social que a profissão pretendia. Essa é a razão da categoria não ter uma participação ativa no movimento da Reforma sanitária (BRAVO; MATOS, 2009).

Nesse momento o Serviço social buscava uma aproximação com a tradição marxista, teoria estudada e discutida nas academias, que não modificou, ainda, a atuação e intervenção do assistente social.

Ressaltamos que essas modificações ocorridas nos anos 80 culminam com a promulgação da Constituição Federal de 88 que consagrou um novo sistema de proteção social, apresentando a Saúde, Assistência e Previdência como tripé da Seguridade Social com conceitos que universalizam os direitos sociais como questão pública, de responsabilidade do Estado.

Paralelamente a essas modificações políticas e econômicas vividas na sociedade brasileira, o Serviço Social também reflete sua prática e busca suas próprias teorias. Aquele profissional que iniciou sua atuação creditando aos homens a “culpa” pelas situações que vivenciavam, e acreditando que uma prática doutrinária, fundamentada nos princípios cristãos, era a chave para a “recuperação da sociedade”, chega, em 1996, assumindo uma postura marxista (BRAVO; MATOS, 2009).

É o momento de revisar a prática e a intencionalidade do agir profissional, segundo os autores nesse ponto que o Serviço Social analisa a forma de produção social como causa prioritária das desigualdades – os homens, individualmente, não são desiguais, a forma de produção e apropriação do produto social é que produz as desigualdades, modo de produção este que deve ser reproduzido, para manter a dominação de classe.

Com a Constituição de 1988 o assistente social busca consolidar seu saber fazer apoiando-se nos direitos sociais que a nova Constituição desenha. Na saúde a implantação do SUS, que assegura ser esta um direito de todos e dever do Estado sublinha, uma nova fase do profissional da saúde, e o Serviço Social recebe essa nova realidade. É evidente que isso não ocorre imediatamente.

Em 1990 com a regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS, houve a necessidade reorganizar o processo de trabalho no campo da saúde, haja vista as mudanças tecnológicas, organizacionais e políticas. São mudanças que requerem outras características na atuação profissional, considerando as particularidades e fenômenos singulares da questão social presentes na saúde nas três esferas de governo.

Destacamos a análise de Nogueira (2012) sobre essa mudança de funcionalidade da atuação profissional, considerando que até a década de 1970, os assistentes sociais foram conduzidos pela perspectiva modernizadora.

É possível nesse contexto analisar o percurso da profissão na trajetória da política de saúde, com foco na atuação profissional no âmbito do SUS, relacionando o Projeto Político Profissional do assistente social com o Projeto da Reforma Sanitária (BRAVO, 2009; ANDRADE & SILVA, 2008).

Nesta análise da trajetória do Serviço Social reconhecemos que a profissão deu um salto qualitativo na sua abordagem teórica e conseqüentemente no seu saber-fazer. Nessa abordagem busca instrumentalizar o usuário na dimensão sociohistórico e sujeito de direitos.

Esse avanço qualitativo na profissão ocorreu pelo avanço das políticas públicas do Estado brasileiro a partir da Constituição de 1988 e na área da saúde pela criação do SUS, reconhecida como profissionais da saúde dentre outras trezes profissões.

Isso exige que o assistente social incorpore no seu fazer cotidiano, tanto os valores e princípios adotados na Constituição Federal, quanto os princípios do seu novo Código de Ética de 1993, que se ajustam à nova conjuntura do Brasil.

É perceptível que a criação do SUS ressignificou a intervenção profissional dos assistentes sociais na área da saúde, bem como ampliou a sua inserção em distintos setores da saúde, bem como nos municípios, por conta da descentralização e municipalização da saúde.

(...) foi necessário revisar o conteúdo e intencionalidade das competências do assistente social neste campo. Tal ocorreu não só porque o assistente social passa a integrar legalmente o quadro de profissionais de saúde, mas principalmente para incorporar, em seu fazer cotidiano, os valores e princípios adotados na Constituição brasileira, coincidentes com os princípios do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (NOGUEIRA, 2012, p.482).

O documento construído pelo conjunto CFESS/CRESS denominado de Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010) afirma que 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).

Esse profissional é, portanto, desafiado a ter um papel mais ativo na promoção do acesso aos serviços, com respostas eficazes e integradas ao sistema de saúde brasileiro.

3.2 – O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS E POSSÍVEIS ENCAMINHAMENTOS PARA SUAS RESOLUTIVIDADES

O ser humano é um ser de necessidades, e é pelo trabalho que tenta satisfazê-las num movimento de passagem da necessidade à liberdade. Os homens produzem não só para atender suas necessidades, mas também atendendo as necessidades de outras pessoas. Na sociedade capitalista o homem trabalha para satisfazer a necessidade do capital que é gerar lucro e de apropriar-se do produto de nosso trabalho para acumular riqueza.

Na concepção de Marx apud Neto (1988) o trabalho tem uma dupla determinação, uma ontológica e outra histórica. Ontológica porque é pensada e planejada com um objetivo final. Histórica porque ao longo do tempo o homem organizou relações sociais de produção

de vida o que faz surgir diversas formas de trabalho, do primitivo ao assalariado, próprio do modo de produção capitalista.

É nessa modalidade de trabalho assalariado que se insere o Serviço Social. Nesse estudo não nos debruçamos sobre a categoria trabalho, exatamente, mas sobre a prática profissional, ou seja, as atividades realizadas pelo assistente social, que é o trabalho efetivamente realizado, o modo como esse profissional realiza suas tarefas na Policlínica Codajás, unidade de saúde da média complexidade.

Ao refletir a prática profissional deve-se reconhecer que nela existe uma relação forte e dialética com a teoria, numa ideia de unicidade. Teoria e prática caminham juntas, não há prática sem uma teoria que a fundamente, por isso esta define a intencionalidade da prática, é uma ação consciente e planejada. Além disso, deve ser uma ação transformadora e não uma simples reprodução da realidade.

Segundo Guerra (2005, p. 148-149):

A prática profissional é sinônimo de exercício ou trabalho profissional. Esta prática profissional necessita de saberes que são explicativos da lógica dos fenômenos e outros que são interventivos. Toda a prática tem implicações éticas e políticas.

Segundo esta autora, é na prática profissional, embasada teoricamente, que o/a assistente social cria e recria seus espaços rompendo padrões tradicionais e conservadores para compreender a dimensão dessa prática reconhecendo o espaço político da profissão, esse espaço que não é neutro, e que permite o repensar sobre sua própria prática.

E para que isso aconteça esse profissional deve refletir sobre seu processo de trabalho, por isso esse estudo tem por base uma pesquisa de campo desenvolvida com as profissionais de Serviço Social que atuam na Policlínica Codajás, num total de 07, distribuídas em vários programas operacionalizados na Policlínica.

No desenvolver de sua prática, segundo os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, o/a assistente social atua, na área da saúde, sobre quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p.41).

Todos esses eixos foram pesquisados e analisados neste trabalho, uma vez que se busca atender o objetivo maior da pesquisa que se direciona ao entendimento da prática profissional em seus fundamentos específicos.

Iniciamos a pesquisa pelo eixo qualificação e formação profissional para relacionar o elo dialético existente entre teoria e prática no fazer profissional, perguntou-se às assistentes sociais sobre sua formação e continuidade na busca pela qualificação.

Por entender a complexidade das demandas que se reconfiguram no tempo e nos espaços de atuação profissional, destacamos que a formação profissional, na contemporaneidade, deve se direcionar aos novos contextos e demandas que exigem o desenvolvimento de estudos e pesquisas, cujas sistematizações e análises subsidiem e instrumentalizem a formação e o exercício profissional.

Iamamoto (2006, p.40) afirma que

O momento presente desafia os assistentes sociais a se qualificarem para acompanhar, atualizar e explicar as particularidades da questão social nos níveis nacional, regional e municipal, diante das estratégias de descentralização das políticas públicas. Os assistentes sociais encontram-se em contato direto e cotidiano com as questões da saúde pública, da criança e do adolescente, da terceira idade, da violência, da habitação, da educação etc., acompanhando as diferentes maneiras como essas questões são experimentadas pelos sujeitos.

Assim, apuramos que todas as entrevistadas têm especialização em saúde pública e/ou elaboração de projetos sociais; dessas 20% tem mestrado em Serviço Social. Notadamente observamos que usam, como forma de se manterem atualizadas, cursos de curta duração, eventos, congressos, palestras, o que nos faz pensar que estão buscando embasamento teórico e experiências exitosas no campo profissional.

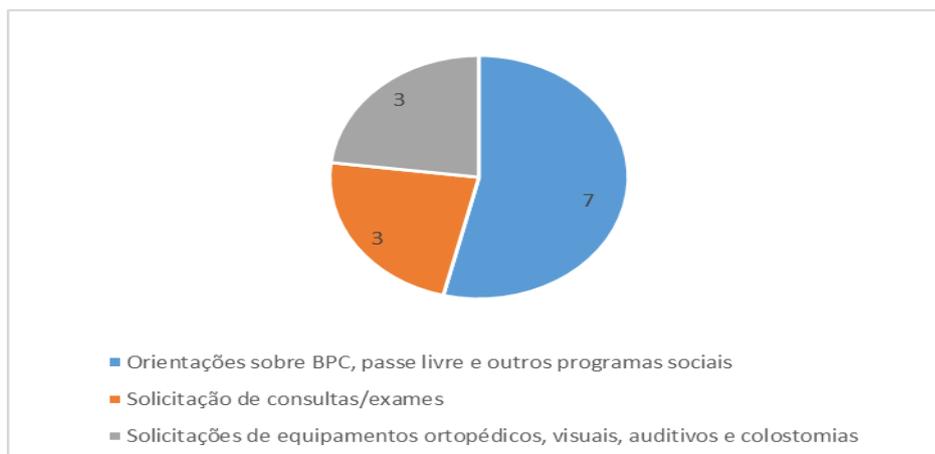
Com relação a essa busca por qualificação, Iamamoto (2013, p.336) expressa que:

Esforços foram empreendidos na qualificação das competências e atribuições do assistente social nos segmentos mais representativos do mercado de trabalho: na assistência social, na saúde, na área sociojurídica, dentre outras, o que merece permanente aperfeiçoamento e atualização.

Assim significa dizer que, essas profissionais, entenderam a necessidade do conhecimento total que, em tese, as tornam capacitadas, para a abstração da totalidade para o específico, no intuito de responder às necessidades do público atendido em seus espaços socioocupacionais.

Nossa pesquisa, para atender um dos objetivos dos estudos, indagou as profissionais entrevistadas quais suas principais demandas e tivemos como resposta o que nos mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 06: Principais demandas



Fonte: Pesquisa de campo/2019.

A maior demanda que se apresenta são as orientações sobre os benefícios sociais que requerem domínio sobre seus condicionantes, exigindo também, ações de planejamento, execução e viabilização desses serviços sociais.

Essas demandas requerem das assistentes sociais conhecimento das políticas sociais, base de sustentação funcional-ocupacional da profissão, que existem para responder as necessidades dos demandantes.

No eixo “atendimento direto ao usuário”, elencado pelo documento acima citado, várias demandas se apresentaram. Essas demandas são tanto espontâneas quanto encaminhadas e se diferenciam em função da especificidade do programa no qual o assistente social atua, mas todas se referem a acesso a um serviço oferecido pela rede pública.

É nesse momento, de encontro do profissional em saúde com o usuário do sistema, que o trabalho em saúde se realiza, e para o assistente social se desenvolve com características específicas, diferenciada do olhar clínico, com compreensão de seu papel político nesse processo.

Momento esse que segundo Martinelli (2007) o assistente social capta a necessidade para além da doença, através do olhar, um sorriso, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para fortalecer essas pessoas em situação de vulnerabilidade, cujo sentido final é a emancipação do sujeito.

As assistentes sociais, sujeitos constituídos de um saber específico que gera poder de intervir em diversas realidades consideradas expressões da questão social, que se apresentam na saúde de forma latente no cotidiano profissional.

Foi perguntado às assistentes sociais se elas observavam problemas sociais e/ou econômicos nos usuários atendidos e todas responderam conforme o conteúdo da fala abaixo:

Como problemas de ordem familiar, financeira e de inserção no mercado de trabalho formal (AS A);
 pessoas de baixa renda ou sem renda fixa (AS B);
 subempregado ou desemprego (AS C);
 enfrentam alguma situação de saúde, que geram dificuldades de inserção social (AS D);
 abandono familiar (AS E);
 São em sua grande maioria usuários em situação de vulnerabilidade social. (AS F e G).

As condições de vida da população, de acordo com o Art. 03 do SUS:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013).

Esses fatores são considerados condicionantes/determinantes em saúde que limitam o acesso aos serviços preconizados pela CF de 1988, em seu artigo 196 “que todo cidadão tem o direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas, visando a um atendimento mais justo e eficaz”.

Nesse espaço sócio ocupacional a assistente social intervém de forma objetiva numa cadeia de mediações, usando adequadamente uma instrumentalidade que lhe possibilita atingir os resultados esperados, atuando sob interesses contraditórios.

Sobre o conceito de saúde que norteia a prática das assistentes sociais pesquisadas, o olhar diferenciado apontam que saúde é:

Direito de todos e dever do Estado. (AS A)
 Saúde como direito de todos e dever do Estado, trata-se de um direito constitucional. (AS B)
 Um direito de todos, porque todos possuem direito à saúde. (AS F)

Outras se referiram ao que preconiza o SUS,

Vejo a saúde e a identifico com fatores relacionados ao meio ambiente, econômicos ou sociais que interferem ou sua ausência vão interferir diretamente no estilo de vida das pessoas. (AS C)
 A abordagem social procura focar a saúde na perspectiva do preconizado pelo SUS: integralidade, universalidade, equidade. (AS D)
 Principalmente em saúde mental o nosso olhar é para o todo, tudo que envolve o tratamento desde a medicação, o ritmo de trabalho, a vida afetiva, emocional etc. (AS E)

A que aponta de forma mais abrangente,

A concepção é orientada conforme a Constituição de 1988, com o entendimento de saúde não somente como ausência de doença, mas considerando o bem estar físico, mental e social do cidadão, enxergando-o como sujeito de direitos, onde se considera que saúde é direito de todos e dever do estado, no qual se delega

responsabilidade de garantir políticas públicas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doenças, de outros agravos, com acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. Não podemos nos limitar ao acesso do usuário às consultas e exames médicos que visem somente a cura da doença, mas também ampliar o acesso aos programas sociais contribuindo para eliminar ou diminuir outros fatores determinantes e condicionantes. (AS G).

Sabemos que a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, mas nesta pesquisa a percepção de saúde é no âmbito profissional, cujo entendimento direciona a uma determinada ação.

Percebemos nas falas acima que a concepção de saúde como direito é perceptível em todas, contudo a referência à saúde no sentido mais amplo que considera os determinantes e condicionantes apareceu na fala de apenas três profissionais pesquisadas, como observamos nas falas acima.

É importante não só conhecer o conceito mais amplo de saúde, mas relacionar o processo saúde-doença com esses condicionantes que segundo o documento Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde

(2010, p.30), “o assistente social deve conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença”, entre outros, para uma atuação competente e crítica.

Embora a Policlínica tenha diversos programas com públicos específicos, acometidos com doenças crônicas agravadas pelos determinantes em saúde, raramente a assistente social, ou outro profissional da equipe interdisciplinar realiza ciclos de palestras para alertar a importância da alimentação e outros condicionantes no tratamento das doenças.

Na instituição a assistente social recebe demandas espontâneas e demandas encaminhadas, como em qualquer outra instituição e se diferenciam pela natureza do programa de saúde.

No Serviço Social de Plantão, as demandas maiores são por agendamentos de consultas e exames, seguidas de orientações para inclusão em programas sociais, como BPC, Passa Fácil, Passe interestadual, entre outros. Esses usuários são esclarecidos sobre os procedimentos, mas a maioria perde o agendamento no INSS ou SMTU porque não consegue agilizar os exames e as consultas de retorno tão esperadas para a emissão do laudo médico que o indicará como beneficiário.

Já ressaltamos que essa pesquisa mostrou um número significativo de pessoas inseridas em programas sociais ou na espera por inserção, o que reforça a fala das assistentes sociais sobre a situação socioeconômica dos usuários atendidos. Em sua grande maioria são

peças de baixa renda ou sem renda fixa, subempregado e enfrentando alguma situação de saúde, o que os deixa em situação de vulnerabilidade social.

No que concerne o posicionamento do Serviço Social diante dessas demandas, lembramos que o Projeto Ético Político Profissional e o Projeto da Reforma Sanitária têm afinidades em seus princípios, objetivos, aportes e referências teóricas e metodológicas, seja no processo de redemocratização, na busca da universalidade do acesso e nos cumprimentos legais dos demais princípios do SUS.

Nas palavras de Bravo e Matos (2004, p.17), para uma atuação eficaz:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários.

Nesse entendimento as assistentes sociais enfrentam as demandas a partir do acolhimento, escuta qualificada com orientações quanto aos critérios de acesso aos programas sejam eles externos (BPC) ou internos (CER III), com encaminhamentos direcionados e, em alguns casos, até agendados nos órgãos competentes. Sempre acionam a rede de proteção social, a fim de inseri-los em algum benefício que minimize suas necessidades.

Esta rede de proteção, nos tempos de capitalismo financeiro, oferece políticas fragmentadas, cuja “proteção envolve estratégias voltadas à “redução de riscos”, à “atenuação de riscos”, ao “enfrentamento dos riscos”; o “manejo dos riscos” incorpora as questões de vulnerabilidade no debate sobre a pobreza”(IAMAMOTO, 2013, p.339).

Embora entendam que a saúde é direito de todos e dever do Estado, um direito constitucional, sentem no cotidiano, a dificuldade de assegurar a saúde com foco no preconizado pelo SUS: integralidade, universalidade e equidade.

Aquele olhar diferenciado das assistentes social pode até entender o sujeito como um todo indivisível, mas sentem os limites impostos pela política neoliberal que minimiza o financiamento das políticas sociais e as transforma em proteção de subsistência básica e à promoção da aceitação do risco.

Ao serem questionadas sobre o direito à saúde, no contexto contemporâneo, elas afirmam que não está sendo suficiente para atender as demandas:

As que apontam o descompasso entre a demanda e a oferta de serviços,

O próprio desmonte do Estado compromete esse direito além das questões que envolvem preconceito e discriminação. (AS A)

Há um descompasso entre demanda e oferta. (AS B)

Há uma grande demanda virtual reprimida que no dia-a-dia não podemos medir a sua dimensão nem o seu índice de vulnerabilidade nesse contexto, pois interesses escusos se contrapõem ao próprio direito a saúde. (AS C)

A Lei Orgânica da saúde é completa, mas os serviços oferecidos não atendem às demandas, a oferta para consultas e exames são menores que os pedidos na fila de espera do SISREG. (AS G)

E as que apontam o trabalho profissional,

A prática profissional sofre os limites impostos pela política de saúde. (AS D)

Nós temos uma defasagem muito grande em saúde e principalmente mental. Poucos médicos, estruturas em péssimo estado como o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e somente 04 CAPSs para casos mais graves, o que sobrecarrega o atendimento na Policlínica. (AS E)

E a que aponta a falta de equipamento,

O direito da pessoa à saúde (tratamento, locomoção) por meio do equipamento, no caso do CER III, não é assegurado, a demora na concessão dos equipamentos impede que o usuário tenha acesso à saúde. (AS F)

Estas assistentes sociais referem-se ao seu trabalho como um trabalho impedido de acontecer, situação que traz vivências de intensas angústias, desânimo e cansaço, mas entendem que sua profissão tem uma teoria social crítica e comprometida com um projeto de sociedade construído historicamente.

Há aí uma espécie de tensão entre o trabalho concreto e o “dever ser” do profissional, contudo não podemos desconsiderar que as atividades dos(as) assistentes sociais têm particularidades associadas a várias determinações sociais intrínsecas ao trabalho na sociedade capitalista.

Contudo Yamamoto (2000, p.95) ressalta que:

É no limite dessas condições que se materializa a autonomia do profissional na condução de suas ações. O assistente social preserva uma relativa independência na definição de prioridades e das formas de execução de seu trabalho, sendo o controle exercido sobre sua atividade distinto daquele a que é submetido, por exemplo, um operário na linha de produção.

Podemos dizer que o processo de trabalho em saúde é definido conforme o modelo de saúde pública construídos historicamente: quais as bases de construção dessa política e como ela se desenvolveu, qual a natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de divisão sociotécnica e institucional do trabalho; e como está reunida a rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais.

Nesse sentido o profissional entende que atualmente o desenho do SUS atende a algumas reivindicações do movimento sanitário, mas não atende a contento, deixando uma grande lacuna na concretização de seus princípios, o que resulta em intensa e crescente demanda reprimida/excluída, precarização de recursos, entre outros.

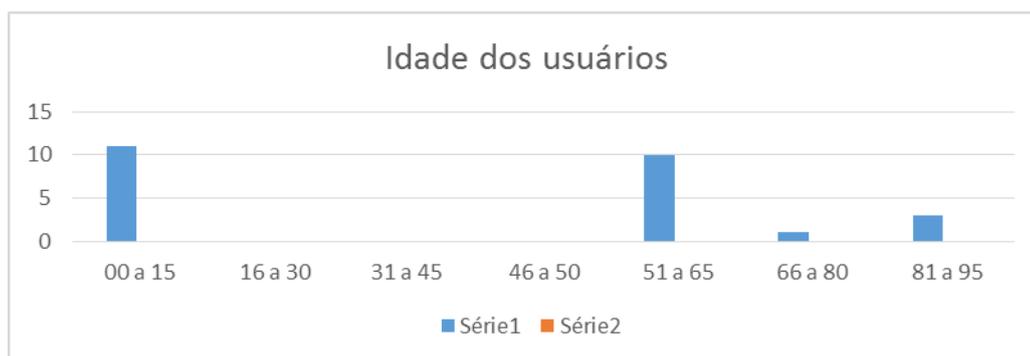
3.2.1 – O atendimento do Serviço Social na Policlínica, na visão dos usuários dos serviços

Por entender que uma profissão só se afirma e se desenvolve se responder às demandas postas pelos diferentes segmentos da sociedade é que realizamos as entrevistas com os usuários da Policlínica para discutir a efetivação da prática profissional no sentido de atender as necessidades em saúde dos demandantes.

Os usuários entrevistados, no total de 25 pessoas, entre homens e mulheres que buscaram o atendimento nessa unidade, o fazem por entender que a Policlínica detém o poder de agendamento como sempre o fez. Não entendem o redesenho do SUS, cujas consultas e exames são centralizados no Complexo Regulador, não permitindo mais que as unidades de saúde gerenciem suas vagas. A exceção são somente as consultas de retorno que são agendadas pelas unidades, mas ainda passam pela regulação.

Destacamos que a principal procura por serviços ocorreu em crianças de 0 a 15 anos, cujos pais procuraram o Serviço Social na tentativa de serem atendidos, como se vê no gráfico abaixo:

Gráfico 07: Idade dos usuários agendados



Fonte: pesquisa de campo, 2019.

Observamos que, mesmo em faixa etária considerada prioridade, o sistema de saúde não contempla a demanda, desrespeitando, tanto o princípio da universalidade do SUS, quanto o Estatuto da Criança e do Adolescente, que preconiza prioridade no atendimento em razão do desenvolvimento da criança e do adolescente.

Essas demandas se distribuem em consultas e exames especializados. Em se tratando das consultas, a assistente social, a partir do reaproveitamento das vagas não utilizadas, consegue realizar o agendamento. Isso só se tornou possível depois das reivindicações do Serviço Social do Plantão Social e da Ouvidoria, junto a direção no sentido de terem acesso ao SISREG, conseguindo assim atender as necessidades dos usuários.

No que se refere aos exames, o Serviço Social não interfere, pois são exames regulados pelo Complexo Regulador, e liberados depois de analisados por especialista do próprio Complexo. São exames que deixam os usuários em esperas longas e fragilizados pela demora no diagnóstico para tratamento e acompanhamento das doenças que afetam esse público já fragilizado por sua condição socioeconômica e sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Nesse caso, o Serviço Social orienta os pais a se dirigirem à Defensoria Pública da Saúde para tentar agilizar os exames, onde eles terão que provar por meio da solicitação do exame que este é de urgência.

No imaginário do usuário, a assistente social é a profissional que resolverá seus problemas, ainda no entendimento da “ajuda” que só ele poderá dar. É com esse pensamento que busca o profissional como mostra a fala de alguns entrevistados:

- (...) fui muito bem atendido,
- (...) me ouviu e agendou minha consulta...
- (...) aqui eu encontrei alguém para me ouvir e orientar o que devo fazer.
- (...) mesmo não me “ajudando”, me orientou pra onde ir;
- (...) só aqui fui atendida;

Essas respostas limitadas e imediatistas tendem, na esfera do cotidiano, a se multiplicarem, de forma acrítica, como rotinas e tarefas superficiais, numa visão limitada aos fenômenos do real. Na área da saúde, essa visão limitada, camufla o real motivo do acesso precário aos serviços de saúde, não permitindo sua relação com o movimento histórico-econômico que o produz.

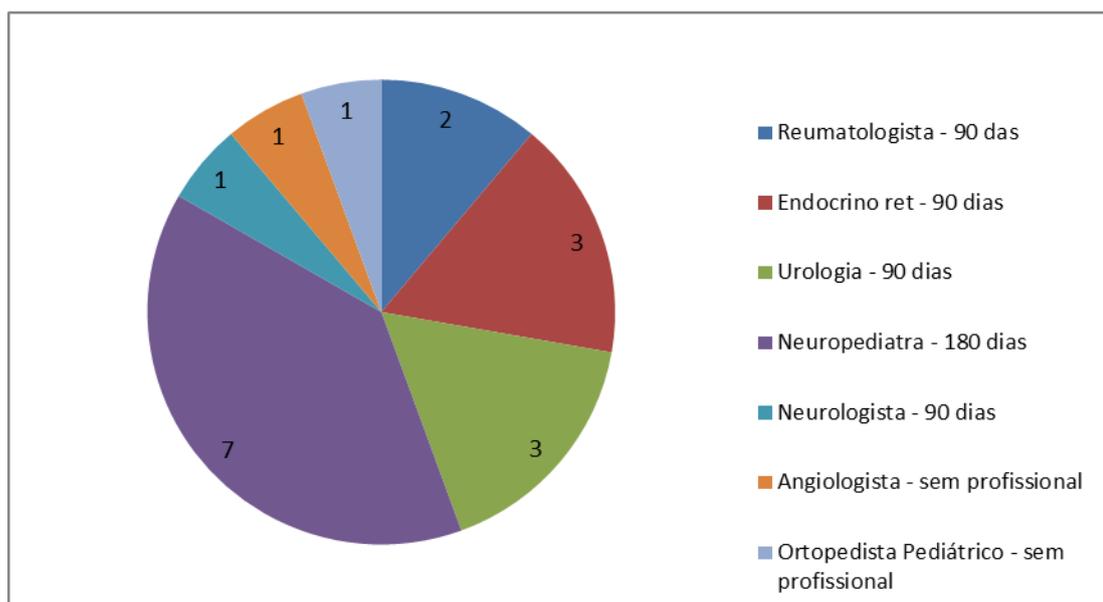
É nessa dimensão da vida social que a profissional reflete teoricamente sua prática, e encontra os caminhos do fazer, pois é ali que a existência humana se realiza. Contudo atender as necessidades pontuais e objetivas, no cotidiano, não torna a profissional de Serviço Social desqualificado e dispensável, pois essas ações demandam mobilização e recursos humanos e materiais dentro e fora do sistema público.

Carvalho e Neto (2000) nos ensinam que é no cotidiano que o acaso, o inesperado ocorre, por isso é um campo de possibilidades infinitas, é um espaço pleno de mediações das

práticas e suas dimensões, pois esse cotidiano é criado pelo Estado. “É na vida cotidiana que se consolidam, se perpetuam ou se transformam, no mundo moderno, as condições de vida mais amplas. E é nela e sobre ela que realizamos nossa prática”(CARVALHO 1996, p.54).

Na análise do cotidiano para além da aparência é que encontramos as causalidades envolvidas. Na Policlínica as demandas por especialidades médicas se apresentam no seguinte gráfico:

Gráfico 08: Demandas por Especialidade médica



Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

A maior procura ocorre naquele público citado acima, o de 0 a 15 anos, cuja especialidade pretendida é do neuropediatra, com demora de até 180 dias em média, para a consulta.

É importante ressaltar que na área da saúde o processo de trabalho não gera bens ou produtos, tem sim, uma prestação de serviços que a instituição disponibiliza aos seus usuários. As assistentes sociais enfrentam o déficit da oferta de consultas e exames que limitam sua atuação profissional, e ainda realizam uma intervenção que não lhe compete, mas é, naquele momento, a única alternativa que tem para atender ao apelo dos usuários.

O contexto de crise econômica e financeira, a consequente retração do investimento e até o corte de benefícios em Saúde, desafia o Serviço Social a ter um papel mais ativo na promoção do acesso às respostas e na eficácia das respostas integradas do Serviço Nacional de Saúde. Assim as profissionais utilizam esses momentos com o usuário para sensibilizá-lo quanto a sua participação na luta por saúde, com ações educativas que consistem em

orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário e/ou sua família.

Não bastasse essa espera pela consulta, a família também enfrenta a espera pelos exames, já mencionado no capítulo anterior, considerado um contrassenso na política universalizante do SUS. Sabemos que o diagnóstico em saúde é decisivo para o tratamento, cura e/ou acompanhamento dessas crianças, em sua maioria com suspeita de autismo ou epilepsia, cujo exame é decisivo para uma melhor qualidade de vida dessas crianças.

Mesmo munido de referencial teórico, o profissional cai na armadilha de desenvolver ações instrumentais que segundo Guerra (2007, p.10)

São respostas operativo-instrumentais, nas quais impera uma relação direta entre pensamento e ação e onde *os meios (valores) se subsumem aos fins*. Abstraídas de mediações subjetivas e universalizantes (referenciais teóricos, éticos, políticos, sócioprofissionais, tais como os valores coletivos) estas respostas tendem a perceber as situações sociais como problemáticas individuais (por exemplo: o caso individual, a situação existencial problematizada, as problemáticas de ordem moral e/ou pessoal, as patologias individuais, etc.).

Sabemos que as assistentes sociais, tendo consciência ou não, interpretando ou não as demandas de classes (e suas necessidades sociais) que chegam ao seu cotidiano profissional, têm suas ações direcionadas ao favorecimento de interesses sociais distintos e contraditórios.

Contudo, isso não significa dizer que o profissional está a serviço da ordem burguesa, que reduziu sua atividade a apenas uma dimensão do fazer profissional.

Guerra (2007, p.10) fundamenta essa afirmação:

Isto pode vir a acontecer quando se reduz a intervenção profissional à sua dimensão instrumental. Esta é necessária para garantir a eficácia e eficiência operatória da profissão. Porém, reduzir o fazer profissional à sua dimensão técnico-instrumental significa tornar o Serviço Social meio para o alcance de qualquer finalidade.

Dessa forma o assistente social estaria reforçando o conceito que o usuário e os demais profissionais têm a respeito da profissão. Se o cotidiano é o espaço para a realização das ações instrumentais, também pode permitir que através da instrumentalidade, como mediação, a passagem das ações meramente instrumentais para o exercício profissional crítico e competente.

Os sujeitos demandantes enfrentam outro problema grave no agendamento: são os erros do operador do sistema, em sua maioria estagiários jovens, desconectados com os problemas de saúde da população e sem conhecimento da política de saúde. O documento abaixo aponta um erro persistente do operador e que traz muitos transtornos aos usuários.

Quadro 04: Solicitação de agendamento com erro

Código da Solicitação:		Situação Atual:	
257412356		SOLICITAÇÃO / PENDENTE / REGULADOR	
CPF do Médico Solicitante:	CRM:	Nome Médico Solicitante:	Vaga Solicitada:
78673135249	---	XXXXXXXXXXXXXXXXXX Retorno	
Diagnóstico Inicial:		CID:	Risco:
EPILEPSIA		G40	VERMELHO – Emergência
Central Reguladora:			
MANAUS			
Unidade Desejada:		Data Desejada:	Data Solicitação:
POLICLINICA CODAJAS		---	19/09/2018
Procedimentos Solicitados:		Cód. Unificado:	Cód. Interno:
CONSULTA EM NEUROLOGIA – PEDIATRIA		0301010072	0701300

Fonte: Documento Policlínica Codajás.

A consulta solicitada pela médica está disponível na vaga solicitada “retorno”, observamos que no preenchimento do procedimento solicitado o operador solicitou “consulta em neurologia – pediatria”, que se configura como consulta de primeira vez. Esse erro só é detectado quando o usuário procura o Serviço Social pela demora no agendamento e se verifica que se trata de retorno com previsão de 90 dias para o atendimento. Abaixo, o modelo de solicitação correto.

Quadro 05: Solicitação de agendamento correta

Código da Solicitação:		Situação Atual:	
271350944		SOLICITAÇÃO / AGENDADA / COORDENADOR	
CPF do Médico Solicitante:	CRM:	Nome Médico Solicitante:	Vaga Solicitada:
78673135249	---	XXXXXXXXXXXXXXXXXX Retorno	
Diagnóstico Inicial:		CID:	Risco:
PESSOA QUE CONSULTA PARA EXPLICACAO DE ACHADOS DE EXAME MANAUS		Z712	AZUL - Atendimento Eletivo
Unidade Desejada:		Data Desejada:	Data Solicitação:
---		---	14/01/2019
Procedimentos Solicitados:		Cód. Unificado:	Cód. Interno:
CONSULTA EM NEUROLOGIA PEDIATRIA – RETORNO		0301010072	0701029

Fonte: Documento Policlínica Codajás.

Em questões desse tipo ressaltamos que o setor de agendamento, onde o erro ocorreu, não assume sua responsabilidade e encaminha o usuário ao Serviço Social para que o problema seja sanado e o usuário não procure a Ouvidoria para registrar o erro e conseqüentemente uma espera mais prolongada pelo agendamento. No caso acima, após passar pelo Serviço Social que detectou o erro e solicitou de forma correta, a consulta foi agendada, mas somente para o dia 01/02/2019, ou seja, 132 dias após a primeira solicitação.

Essas demandas, espontâneas ou encaminhadas, exigem respostas a um nível de realidade, a do cotidiano, mas não respondem às complexas demandas do exercício profissional. O acesso aos serviços de saúde, pretendido pelo usuário, tem uma perspectiva individualizada, enquanto o acesso pretendido pelo profissional de Serviço Social se direciona no caminho do coletivo, do universal (VASCONCELOS, 2003).

É nessa perspectiva que as assistentes sociais por meio das suas competências e atribuições específicas e sem esquecer jamais de relacionar a teoria com a prática, passam a assumir a postura de trabalhar na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade, para só assim poder viabilizar de forma universal os direitos conquistados pela sociedade civil através de muitas lutas.

Para que essa postura aconteça é necessário que a assistente social suspenda o cotidiano e adentre numa consciência crítica quanto aos limites impostos pela ordem capitalista que em seu atual estágio de “mundialização do capital tem, portanto, profundas repercussões na órbita das políticas públicas, em suas conhecidas diretrizes de focalização, privatização, descentralização, desfinanciamento e regressão do legado dos direitos do trabalho” (IAMAMOTO, 2013, p.332).

A partir dessa tomada de consciência, a prática da assistente social na saúde não deve se reduzir somente a ações voltadas para a subjetividade dos usuários em suas necessidades em saúde, nem tampouco em particularidades específicas da medicina, esse profissional tem um compromisso maior, expresso no seu Código de Ética que o alinha ao objetivo do SUS: universalidade, uma visão generalista e não fragmentada.

3.3 – AVANÇOS E DESAFIOS DAS/OS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLICLÍNICA CODAJÁS

De acordo com o documento “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde”, o profissional para atuar de forma competente e crítica na área da saúde deve, entre outros:

Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; (2010, p.30).

Sabemos que vários desafios são postos para facilitar este acesso. Por isso indagamos as assistentes sociais: Será que o direito à saúde, no contexto contemporâneo, está sendo suficiente para atender as demandas?

As assistentes sociais responderam negativamente quanto a demanda ,

Não. O próprio desmonte do Estado compromete esse direito além das questões que envolvem preconceito e discriminação. (AS A)

Não, há um descompasso entre demanda e oferta. (AS B)

Não, há uma grande demanda virtual reprimida que no dia-a-dia não podemos medir a sua dimensão nem o seu índice de vulnerabilidade nesse contexto, pois interesses escusos se contrapõem ao próprio direito a saúde. (AS C).

Não, a Lei Orgânica da saúde é completa, mas os serviços oferecidos não atendem a demanda, a oferta para consultas e exames são menores que os pedidos na fila de espera do SISREG. (AS G).

Não, o direito da pessoa à saúde (tratamento, locomoção) por meio do equipamento impede que o usuário tenha acesso à saúde. (AS F)

Temos as profissionais que respondem negativamente incluindo o trabalho profissional,

Não, a prática profissional sofre os limites impostos pela política de saúde. (AS D)

Não, nós temos uma defasagem muito grande em saúde e principalmente mental. Poucos médicos, estruturas em péssimo estado como o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro e somente 04 CAPSs para casos mais graves, o que sobrecarrega o atendimento na Policlínica. (AS E)

Na análise, as profissionais tecem críticas à política de saúde pelo descompromisso com o acesso universal, pelo número incipiente de unidades de saúde, pela estrutura precária dessas unidades, entre outros.

A pesquisa mostrou que as demandas postas ao serviço social se colocam em volume e complexidade, muito superiores à cobertura que o Estado se propõe a efetivar, daí esse descompasso.

Segundo Nogueira e Mioto (2009, p.16):

Há de se considerar [...] a situação adversa às propostas de democratização social, decorrentes dos ajustes macroeconômicos da década de 1990, no Brasil [...] as políticas de redução do Estado, as privatizações e o novo papel desempenhado pelo mercado como provedor das necessidades de saúde foram a pedra de toque para as dificuldades que ora se apresentaml.

A partir dessa reflexão, as assistentes sociais pesquisados, responderam ao questionamento sobre os desafios encontrados para consolidação do direito à saúde no Estado do Amazonas, quais sejam.

As que responderam que os desafios são a gestão de recursos e infra estrutura de equipamentos sociais,

Ter uma gestão eficiente nos recursos públicos e sobretudo respeitosa por tais recursos no sentido de sua aplicação. (AS A)

Investimento em saneamento básico, ampliação da cobertura, qualificação da gestão financeira. (AS B)

No nosso caso específico, o grande desafio é disponibilizar para os usuários, em tempo hábil, os equipamentos solicitados. (AS D)

Escassez na oferta dos serviços. As filas de espera no sistema regulador são enormes e os usuários esperam longos dias, meses e até anos pela liberação dos serviços, isso retarda o tratamento, controle e cura de algumas doenças. (AS G)

As que apontam as limitações do trabalho profissional frente às demandas de serviços de saúde dos usuários,

Primeiramente ter consciência do trabalho em equipe, pois saúde pública envolve também outros setores da sociedade e isso se configura num que fazer constante. Trabalhar com saúde numa instituição que ideologicamente é médica faz com que nossa prática diária se configure em estratégias de convencimento da própria equipe principalmente do profissional médico, de que o Estado tem que promover as condições indispensáveis à assistência para as pessoas também como forma preventiva e não somente curativa. (AS C)

Nós recebemos diariamente uma população adoecida mental e emocionalmente, com pouca estrutura. É necessário a adoção de medidas como a contratação de profissionais, no caso específico da saúde mental o ideal seria mais CAPSs de todas os níveis e a consolidação de atendimento em saúde mental nas outras Policlínicas. (AS E)

Especialmente no CER o documento que norteia as atribuições da equipe e do trabalho vem de Brasília, do Ministério da Saúde. Não leva em conta as particularidades do Amazonas, como acesso, principalmente população do interior, os recursos são insuficientes para atender a demanda do Estado, etc. (AS F)

Diversos desafios são apontados pelas profissionais, dentre eles: gestão eficiente dos recursos, investimento em saneamento básico, ampliação de recursos humanos, considerar as particularidades do Estado, ampliação na oferta dos serviços. Estes desafios aparecem como solução para minimizar as questões que apresentam nas demandas no seu cotidiano profissional.

As demandas vêm de vários setores onde a assistente social compõe uma equipe interdisciplinar em Programas de saúde com demandas específicas, com exceção de duas profissionais que atendem ao que a Policlínica chama de “Serviço Social de Plantão”, cujo atendimento é aberto para todos os usuários, sem demandas específicas. Este é o setor que tem o maior número de demandas.

E os principais desafios na Policlínica? A essa pergunta as pesquisadas apontaram vários pontos que devem ser trabalhados a nível local, mas que são negligenciados.

Prestar um melhor acolhimento, atendimento humanizado ao público alvo do Ambulatório Transexualizado,” (AS A)

Uniformização e socialização das informações relativas aos serviços oferecidos entre os funcionários e entre os usuários, qualificação dos meios de comunicação; potencialização e ampliação da oferta dos serviços existentes. (AS B)

A ausência de intercâmbio dos profissionais para unificação das ações, pois sentimos falta de uma resposta às exigências das demandas apresentadas pelo usuário o que proporcionaria uma atenção mais integral à saúde preconizada pelo SUS. (AS C)

Ressalta-se a falta de integração com os demais setores, comprometendo o fluxo de atendimento dos usuários dentro dos recursos disponíveis, escassez de RH, de aparelhos para exames, etc. (AS D)

Estrutura física adequada para o atendimento com profissionais suficientes para atender a demanda. (AS E)

Humanizar os atendimentos, e articular com outros setores. (AS F)

Os desafios no PAM são os mesmos desafios de outras unidades de saúde: atender a grande demanda de usuários com um número insuficiente de profissionais e de vagas disponíveis para especialistas e exames.(AS G)

Neste item observamos um consenso nas respostas quando falam da falta de interação entre as profissionais, principalmente das assistentes sociais que desenvolvem sua prática em setores específicos atendendo uma grande demanda, não existindo espaço para essa interação.

A falta de informação e comunicação entre os setores compromete o atendimento e deixa o usuário confuso sobre o serviço que procura, como horários de agendamento, licença ou férias dos funcionários, documentos específicos dos programas, entre outros.

As mudanças na rotina da Policlínica, sem socialização entre todos os setores, principalmente o Serviço Social de Plantão e a Ouvidoria, geram uma demanda na Ouvidoria, em forma de reclamação. Isso se configura em dificuldade de acesso, quando seu dever é facilitar o acesso.

Quando a profissional fala em orientar e informar, não é apenas apontar o local ou os horários de atendimento, mas democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, apontada pelo conjunto CFESS/CRESS (2010), como uma das ações a serem desenvolvidas por esse profissional.

Ressaltamos o desafio apontado por uma das pesquisadas como superar “a grande demanda de usuários com um número insuficiente de profissionais e de vagas disponíveis para especialistas e exames”(AS A). Esse é certamente um grande desafio que tem ligação com o demais citados acima, e cabe ao Estado a tarefa de ampliar esse quadro.

Ao questionarmos sobre as estratégias e/ou encaminhamentos utilizados para dar respostas às demandas e garantir os direitos dos usuários, recebemos como resposta:

“Empoderá-los com informações quanto aos seus direitos, pois os direitos são garantidos à medida que são conhecidos pela população usuária”(AS

A);

“Agendamento de consultas pelo plantão social, encaminhamentos a gerência clínica, encaminhamento a Defensoria Pública e/ou Ministério Público” (AS B);

“A única estratégia utilizada é a informação sobre os recursos disponíveis tanto na instituição como fora dela e que esteja ao alcance do usuário quando este necessitar seja de forma articulada com as associações ou MP” (AS C);

“Facilitar a obtenção das demandas de acordo com os recursos disponíveis intra e extra institucional” (AS D);

“Mesmo com algumas deficiências trabalhamos com uma equipe muito integrada e comprometida. O acolhimento é feito por todos onde é realizada a escuta e a partir daí encaminhamos para o atendimento específico. Ninguém fica sem atendimento ou orientação, mesmo eu não consiga agendamento de consulta” (AS E);

“Encaminhamento a rede socioassistencial”(AS F);

“Articulação junto a setores internos e externos da Policlínica, e em último caso encaminhamos para Defensoria Pública do Estado” (AS G).

Observamos que a informação aparece, também, como suporte para enfrentamento dos desafios postos, seguida do uso das redes socioassistenciais e, como última instância, a Defensoria Pública do Estado.

Na explicação de Faleiros (1997, p.76) estratégia é um:

Processo de articulação de mediação de poderes e mudança de relações de interesses, referências e patrimônios em jogo, seja pelo rearranjo de recursos, de vantagens, e patrimônios pessoais, seja pela efetivação de direitos, de novas relações ou pelo uso de informações.

Dessa forma estratégia extrapola a relação teoria prática, envolve relações de poder, articulação de redes, é uma mediação de relações visando o fortalecimento dos usuários. Isso requer fundamentos teórico-metodológicos, perspectiva ética e habilidades densas de políticas, observando sempre os princípios e valores éticos desejáveis ao exercício profissional contidos no Código de Ética Profissional.

Entendendo que as redes sociais são consideradas como sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições de forma democrática e participativa, em torno de objetivos ou realizações comuns, podemos dizer que é uma estratégia de enfrentamento aos desafios de respostas às demandas. Usar as redes sociais como forma de enfrentamento é uma alternativa que também pressupõe o conhecimento dessa rede.

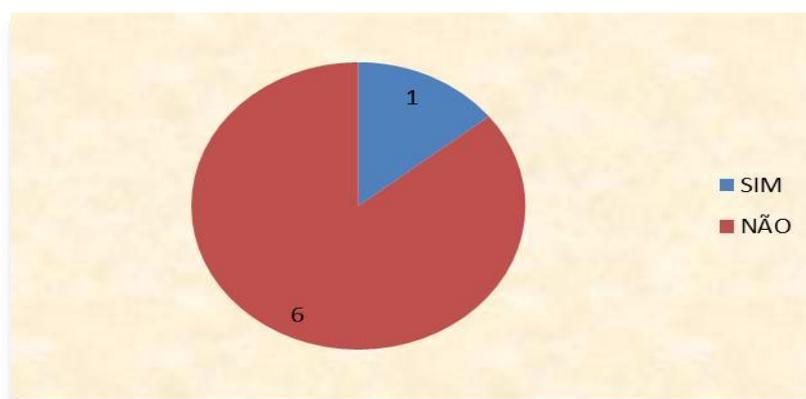
É bom lembrar que o assistente social tem em um de seus princípios do Código de Ética o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. E a qualidade no

atendimento inicia no acolhimento ao usuário, com informações precisas e claras” (BRASIL, 2012, p.24).

O estímulo à comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários direciona a construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (PNH, 2003).

Como as ações em saúde na Policlínica são pautadas pela Secretaria de Saúde do Estado – SUSAM, e entendendo que só se consolidam as estratégias e propostas profissionais se conhecermos os dispositivos legais que balizam nosso trabalho, houve a necessidade de perguntar às assistentes sociais pesquisadas se conheciam o Plano Estadual de Saúde do Estado do Amazonas.

Gráfico 09: Conhecimento sobre o Plano Estadual de Saúde



Fonte: Pesquisa de campo, 2019.

As respostas nos surpreenderam, pois era de se esperar que uma atuação com direcionamento ao acesso dos usuários tivesse embasamento nas ações planejadas pela Secretaria de Saúde. O planejamento é um processo inerente ao ser humano, das ações mais simples as mais complexas.

É uma premissa, que Barbosa (1991, p.17) confirma:

[...] o planejamento é basicamente um processo de racionalidade, é indiscutível que todo homem é capaz de planejar, sendo inerente à sua natureza essa atitude, em si dialética, de tomar decisões em relação ao futuro. Compreende-se, portanto, que o planejamento é responsável e também decorrência do uso da razão pelo homem nos diferentes contextos e períodos históricos, isto é, no desenvolvimento da humanidade.

O direcionamento que se dá ao ato de planejar revela a intenção do gestor em termos técnicos e políticos. Dessa forma, afirmamos que o planejamento se constitui em um ato técnico e político. Técnico porque pressupõe a racionalidade das ações ponderando uma série de condicionantes, dentre eles: prazos e recursos existentes. Político porque se inscreve no contexto de tomada de decisões onde a correlação de forças e de interesses distintos evidenciam-se entre os sujeitos. É explícito que não existe neutralidade nessas ações.

É, portanto, importante as profissionais conhecerem o planejamento dos gestores para, de forma mais segura realizar o planejamento de suas ações na direção do atendimento as necessidades das demandas.

Ao questionarmos sobre a existência de um plano de trabalho na Policlínica, constatamos que 21% das assistentes sociais pesquisadas responderam que sim, na Policlínica tem um Plano de Trabalho dirigido as assistentes sociais. Contudo ao falarem da forma como ele é organizado, entendemos que não existe um Plano de trabalho coletivo, mas apenas:

“reuniões periódicas com cada módulo onde discutimos com a coordenadora sobre as demandas e suas necessidades” (AS C), “temos protocolo de atendimento e um fluxograma” (AS D), “Na saúde mental especificamente estabelecemos mensalmente um cronograma de atendimento base na disponibilidade de profissionais, com apoio da gerência. As estratégias de atendimento em como algumas dificuldades também são discutidas nessas reuniões” (AS E).

A ausência de um plano de trabalho caracteriza a ausência de reuniões periódicas com a equipe de assistentes sociais, que trabalham isoladamente e não têm uma coordenação.

Na fala de Couto (2009, p.653):

Para além desse reconhecimento, é preciso mapear o terreno sobre o qual se trabalha. Embora os princípios norteadores do projeto profissional estejam fundados na perspectiva da construção de uma outra sociedade, é nos parâmetros do capitalismo que se materializa a profissão, e o assistente social é chamado a prestar serviços que podem corroborar o status quo ou atuar para criar outras formas de sociabilidade, que problematizem a organização da sociedade. Para que isso ocorra, é necessária uma sólida formação teórica e técnica. É preciso fugir das improvisações, é imperioso planejar o trabalho, dar-lhe sentido teleológico.

A autora frisa que embora reconhecendo os limites impostos pelo capitalismo, é nesse espaço contraditório que trabalhamos, formulando estratégias na perspectiva de transformar o pensamento em ação para que as mudanças ocorram, para tanto é imperativo a realização de um plano de trabalho.

Outro questionamento que fizemos as assistentes sociais diz respeito ao trabalho em equipe. Assim indagamos: A equipe de profissionais atua de forma interdisciplinar no atendimento ao usuário? Se sim, de que forma?

Das sete profissionais pesquisadas, cinco afirmaram que sim como citado abaixo:

“Compartilhando informações entre a equipe” (AS A);

“No módulo auditivo, com a mudança do otorrino para horário matutino houve uma fragmentação da equipe e isto de certa forma interfere na interdisciplinaridade” (AS C).

“Dentro do CER” (AS D);

“Conforme já colocado todos realizam acolhimento, escuta e encaminhamento dentro de sua perspectiva profissional. Esse modelo permite que o paciente seja acompanhado por todos os profissionais do Programa (psicólogo, assistente social, enfermeiro e psiquiatra), assim podemos estabelecer metas para o usuário através da terapia singular” (AS E)

“São divididas por módulos, mas em algumas ocasiões podemos trabalhar juntos na consolidação do acesso e direito à saúde. Ex. pessoa com estoma e é cadeirante ... (AS F)

“Não no Plantão social, mas nos programas como saúde mental, ambulatório de alto risco e outros” (AS B; AS G).

Ao afirmar que existe uma equipe interdisciplinar as assistentes sociais se referem a um conjunto de profissionais que atendem as necessidades do usuário, cada um em sua especialidade e que se reúne esporadicamente para discutir processos de trabalho.

De acordo com Vasconcelos (2002) a perspectiva de Interdisciplinaridade está associada, entrelaçada a outras três perspectivas a saber:

- a) multidisciplinaridade como uma multiprofissionalidade onde profissionais de diferentes disciplinas atuam separadamente;
- b) interdisciplinaridade como horizontalização das relações entre as disciplinas;
- c) e a transdisciplinaridade como a criação de um novo campo teórico de disciplinas mais amplas.

A pesquisa mostrou que esse trabalho interdisciplinar é fragmentado e que de um modo geral as profissionais atuam separadamente, que segundo a autora acima citada, é uma equipe multiprofissional.

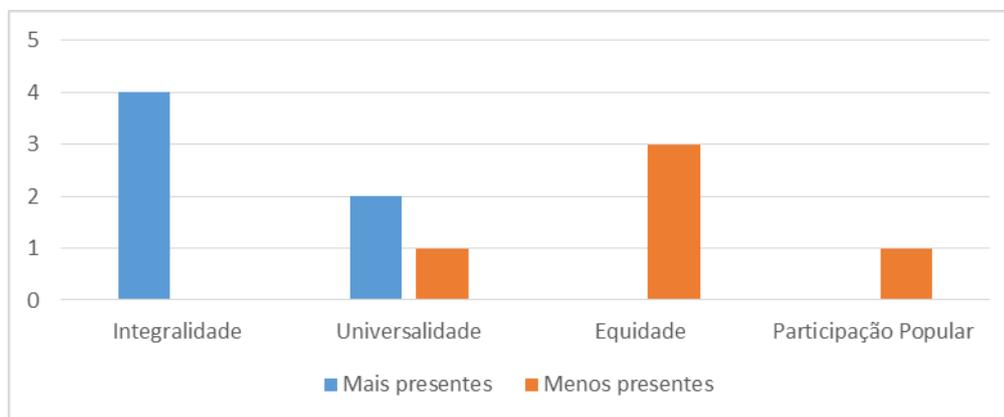
Cabe reafirmar que é da interdisciplinaridade que queremos falar, ou seja, de profissionais em interação em um espaço de trabalho que trocam experiências e informações sobre os atendimentos, onde cada profissional expressa sua forma de ver e abordar uma determinada realidade.

A nosso ver essa equipe interdisciplinar ainda não se concretizou na Policlínica Codajás, pois a prática interdisciplinar exige muito mais que profissionais de diferentes profissões compondo uma mesma equipe ou programa.

O trabalho interdisciplinar não apareceu, de forma clara, como um desafio, mas quando as assistentes sociais apontaram a falta de interação entre os profissionais, podemos sutilmente entender como lacuna dessa equipe.

Perguntamos as assistentes sociais quais os princípios norteadores do SUS mais presentes na realidade e quais estratégias são utilizadas no seu cotidiano para concretizar esses princípios, cujo resultado se apresenta no gráfico abaixo:

Gráfico 10: Princípios do SUS presentes no cotidiano profissional



Fonte: Pesquisa de Campo, 2019.

Observamos que, embora de forma precária, o princípio da integralidade é o mais presente, seguido do princípio da universalidade e a presença pouco expressiva da participação popular.

Na sequência as assistentes sociais apontaram as estratégias utilizadas para o caminho da concretização desses princípios, no seu âmbito institucional.

O princípio da Integralidade apontado como o mais presente no cotidiano da Policlínica, na visão das assistentes sociais pesquisadas, é enfrentado por:

“articulação com setores da rede socioassistencial, principalmente na inclusão dos usuários nos benefícios disponíveis no município e no estado” (AS G);
 “articulação com outras equipes do CER III para a tender todas as pessoas e suas necessidades de maneira integral” (AS F);
 “é o princípio que tem encontrado muitas maneiras para se fazer valer através da articulação com outros setores” (AS C);
 “na saúde mental a estratégia vem a partir do acolhimento verificamos os pontos que precisam ser trabalhados e estabelecemos um plano com o usuário chamado teoria singular onde em cada agendamento é avaliado o progresso do mesmo a partir das articulações realizadas” (AS E).

A forma diferenciada que a saúde mental tem de fortalecer os princípios do SUS, é justificada pela necessidade de um plano de trabalho direcionado para um público específico, com tratamento contínuo e agendamentos locais. São usuários que usam laudo médico para BPC, PASSE Livre e Passe Interestadual, daí a assistente social afirmar que a integralidade está presente.

Cabe questionar aqui que o princípio da integralidade pressupõe considerar as diversas dimensões do processo saúde-doença que afligem a população, seus sofrimentos e suas dores.

Prescinde de “prestação continuada do conjunto de ações e serviços, visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e da coletividade” (VASCONCELOS & PASCHE, 2006:535).

E por estas razões, esse princípio orientou a expansão e qualificação das ações e serviços de saúde do SUS que contemplam essas garantias, que abrangem das imunizações aos serviços de reabilitação física e mental.

Na busca pelo princípio da Universalidade no acesso a consultas e exames as assistentes sociais usam a:

“articulação com setores internos da Policlínica e outras unidades de saúde” (AS A);
“buscamos articular internamente e com outras unidades, é ainda uma forma incipiente e individualizada de ter acesso aos serviços, principalmente para pacientes do interior” (AS E).

Consideramos que o princípio da universalidade é o mais audacioso, pois define direito de saúde a todos, indistintamente, para um país de mais de 200 milhões de habitantes, com parco financiamento dispensado à sua efetivação, um Estado burguês, e uma política econômica que prioriza as privatizações.

Nosso Código de Ética nos orienta pelo posicionamento em favor da equidade e justiça social que visa exatamente à universalidade de acesso aos bens e serviços, a partir de uma gestão democrática.

Não é demais repetir que o Projeto Político Profissional do Assistente social reafirma os princípios do SUS através de seus próprios princípios: na defesa intransigente dos direitos humanos, na ampliação e consolidação da cidadania, no compromisso com a qualidade dos serviços prestados e a liberdade como valor ético central.

É relevante frisar que a efetivação dos princípios do SUS requer, também, uma retomada dos movimentos sociais, sujeitos históricos, inseridos na luta contínua da Reforma Sanitária.

No entanto a pesquisa mostrou que a Participação Popular, é o princípio menos presente no cotidiano profissional, com ações pontuais pouco expressivas:

“as vezes trabalhamos de forma individual nas entrevistas, tentando buscar soluções imediatas e de forma grupal quando executamos atividades com servidores e usuários (AS C);
“um tratamento respeitoso ao usuário, informações e orientações sem escamotear a realidade” (AS D);
“o atendimento é realizado individualmente, na maioria das vezes” (AS E);

Analisando essas falas concluímos que na luta diária para facilitar o acesso aos serviços, as assistentes sociais realizam atividades isoladas e individuais, cujos usuários de demandas espontâneas “gritam” por esse acesso, e são de certa forma atendidos, deixando os demais à mercê da sorte.

Não podemos negar que nas práticas rotineiras as assistentes sociais tentam quebrar uma prática repetitiva, pragmática e empirista, mesmo num contexto adverso, com ações mínimas e provavelmente confundidas com “um favor”, como apareceu nas falas dos usuários entrevistados.

Segundo Faleiros (2006, p.72), o rompimento desta prática só ocorrerá quando “os profissionais souberem vincular as intervenções no cotidiano a um processo de construção e de desconstrução permanente de categorias que permitam a crítica e a autocrítica do conhecimento e da intervenção”.

Nesse sentido observamos que a construção e desconstrução de categorias, exigem uma aproximação e um afastamento do objeto para o desvelamento dos processos que permeiam a prática profissional crítica.

Ao responderem à pergunta, “no exercício profissional, como se dá a defesa do projeto ético político da profissão”, as assistentes sociais revelaram um conhecimento teórico condizente com sua formação de mestre e especialista, que deixa uma provável certeza de práticas conscientes.

“Respeitando-se as diferenças e, sobretudo o princípio chave da liberdade” (AS A);
“Esclarecendo o usuário e seus responsáveis sobre seus direitos e deveres, bem como meios legais capazes de auxiliá-lo na garantia do acesso aos serviços de saúde”(AS B);

“No exercício profissional e nos meus 33 anos de profissão, muitos entraves encontramos no antagonismo entre a instituição pública e o Projeto ético político, mas dentro de nossas limitações buscamos na medida do possível ainda consolidar na prática junto com outras categorias a nossa competência técnica na construção da efetivação das políticas públicas hoje preconizadas, principalmente a política de saúde devendo o Estado promover estas condições. Ainda que nesse novo governo tenhamos a premissa da diminuição desses direitos aos mais vulneráveis (AS C).

“Primar pelo exercício profissional de acordo com o nosso código de ética, sobretudo na prevenção de assumir papéis competências fora do âmbito profissional” (AS D);

“Em geral devemos assegurar sempre que o paciente tenha acesso a um maior número possível de informação sobre os seus direitos e benefícios para que ele se sinta responsável e com plena liberdade de escolher o que acha que é melhor para si mesmo” (AS E).

“A defesa é cotidiana, rompendo com práticas assistencialistas e acrítica, buscando intervir na realidade do usuário por meio do direito à saúde, apoiando-se nos referenciais teóricos e éticos da profissão” (AS F);

“Rotineiramente nos atendimentos individuais ou coletivos através das orientações levando informações dos serviços aos usuários, sobre seus direitos, incentivando-os a participarem das decisões nas instituições, iniciando pela participação na comunidade” (AS G).

Sabemos que o Projeto Ético Político define o “fazer ser” da profissão, alicerçado no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão e nas Diretrizes Curriculares, que nas palavras de Netto (1999, p.04):

(...) apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas.

Percebemos nas falas acima um discurso teórico com claro posicionamento a favor da classe trabalhadora que na sua dimensão objetiva tem uma base concreta que “condiciona e mesmo ultrapassa a vontade e/ou consciência de seus agentes individuais” (IAMAMOTO, 2000, p.73).

A autora acima nos diz que as ações direcionadas por essa dimensão objetiva, respaldada pelo aporte teórico metodológico do fazer profissional possui outra dimensão indissociável desta: a dimensão subjetiva, na qual o profissional relaciona seu conhecimento teórico com sua prática de forma consciente e ético político para construir estratégias de intervenção que fortaleçam o capital ou o trabalho.

Como o Projeto Ético Político diz claramente a direção de nossa categoria – a classe trabalhadora, o trabalho, é, portanto, relevante que o assistente social direcione, cotidianamente, suas ações vinculadas a esse Projeto, cujos fundamentos viabilizam o enfrentamento, a partir dessas duas dimensões, das desigualdades sociais e, por conseguinte as desigualdades em saúde.

Bonetti (1996, p.162) apud Vasconcelos (2003) nos alerta para uma das particularidades da ordem burguesa:

Ela fornece o quadro ideal para o desenvolvimento das demandas ligadas à liberdade, que, historicamente se apresentam de forma concreta (direitos e garantias sociais e individuais, autonomia e autogestão social), mas, simultaneamente bloqueia e impede a sua implementação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações econômicas, políticas e sociais que a sociedade vivenciou e vivencia nas últimas décadas, na era da globalização, trazem consequências perversas à classe trabalhadora com rebatimentos na saúde dessa população.

O Brasil, por força de sua adesão à política neoliberal, pelo Consenso de Washington, tem suas políticas públicas diretamente afetadas, uma vez que a política econômica de corte neoliberal não se coaduna com políticas sociais, conforme estabelece o princípio constitucional do país. O direito à saúde, intrinsecamente ligado ao direito à vida, se insere no cerne desta questão e se mostra como uma política social marcada pelas oscilações do modelo adotado para a economia do Estado (POTYARA, 2012p.34).

A priori, ressaltamos que não é nossa intenção oferecer respostas técnicas nem mágicas, mesmo porque não existe receita pronta para um fazer profissional. Nossa intenção foi trazer conteúdo de uma prática concreta como subsídios para uma reflexão sobre os desafios que a atual conjuntura demanda ao Serviço Social, especificamente, na Política de Saúde.

A realidade socioeconômica e política têm uma influência negativa na sociedade, tanto nos direitos profissionais, quanto nos direitos da sociedade em geral. Vivenciamos um período de desestabilização no trabalho, desmonte dos direitos, minimização da ação estatal, entre outros.

Na área da saúde, a atuação incipiente do Estado, configura as políticas públicas como mínimas e precarizadas, cujas demandas recaem principalmente, para os/as assistentes sociais. É um profissional que percebe a complexidade de sua prática e analisa de forma crítica as possibilidades de enfrentamento das expressões da questão social que se apresentam em seu cotidiano nos vários espaços socioocupacionais.

Na Policlínica Codajás, lócus de nossa pesquisa, as assistentes sociais realizam atendimento direto aos usuários nos diversos programas que essa unidade abriga, com predominância nas ações socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas, como referenda o documento do CFESS (2010).

Nessa realidade vivenciada pelas assistentes sociais que atuam na Policlínica

Codajás, é latente os efeitos da conjuntura atual na forma de viabilizar o acesso aos serviços de saúde e, que se apresenta como um desafio diário na prática profissional, exigindo estratégias de enfrentamento à inúmeros “problemas” que extrapolam as atribuições e competências profissionais.

As principais demandas apontadas na pesquisa demonstraram que a população é de vulnerabilidade social, usufruindo, ainda que de forma precária, os benefícios da rede socioassistencial. Dentre as demandas que chegam ao Serviço Social da Policlínica, a necessidade do acesso rápido à assistência médica predomina, pois, os usuários, principalmente as crianças e idosos, necessitam de tratamento e acompanhamento dos profissionais especialista, bem como para sua inserção ou continuidade dos benefícios, que exigem laudos recentes. Como o SISREG não analisa essas situações, demoram meses para que o agendamento ocorra causando agravamento das doenças e atraso ou perda dos benefícios.

Os usuários, por sua vez, percebem o alcance do olhar diferenciado das assistentes sociais e as procuram como recurso, muitas vezes a única porta que se abre para uma escuta qualificada, que transcendendo os muros institucionais busca na comunidade, atender à necessidade que se coloca urgente na sua cotidianidade.

Esse atendimento reforça a ideia do favor, do benemérito, do profissional da ajuda, que ao solucionarem os problemas dos usuários isoladamente, reforçam para si mesmo esse estigma. Agindo assim contribuem para impedir que os sujeitos envolvidos nesses atendimentos tenham consciência da ordem social vigente que lhe nega esse acesso universal e com qualidade.

O trabalho no serviço de saúde público não pode se restringir a um atendimento individualizado, imediatista e isolado. A falta de momentos para troca de experiências no trato das demandas postas tanto pela instituição quanto pelo usuário, bem como suas próprias demandas, se caracteriza como desmobilização da própria categoria profissional. Embora tenham consciência do contexto de desmonte dos direitos e demonstrem interesse em articular seu trabalho com os interesses dos usuários, lhes faltam as condições objetivas o que os impossibilita de fazer uma leitura mais aprofundada da realidade e oferecer uma intervenção qualificada e eficaz.

A falta de uma gerência de Serviço Social é percebida na Policlínica, nas falas das assistentes sociais quando dizem não haver interação entre elas e a não existência de um Plano de Trabalho, que conforme as atividades às demandas, principalmente as demandas profissionais. Contudo as que têm tempo maior de instituição não buscaram implantar uma gerência como os demais setores. Já as assistentes sociais que têm pouco tempo de instituição relataram que essa lacuna precisa ser preenchida.

O trabalho profissional das assistentes sociais que, na atual conjuntura, apresenta limitações discutidas na pesquisa como, precarização da rede sócio assistencial, problemas

estruturais e burocráticos na rede de atendimento causados pelo descompasso e desencontro entre o Projeto Ético Político Profissional e o Projeto Neoliberal, culmina na limitação de direitos e seus usufrutos pelos usuários, e necessita romper com as práticas conservadoras.

Já está mais que provado que os/as assistentes sociais não portam condições de suplantar as desigualdades sociais, mesmo que fosse seu objetivo, uma vez que as causas são estruturais, de um modelo econômico que tem por base as relações capitalistas de produção.

O problema maior que as profissionais apontam é que a população não conhece seus direitos, não sabe as instâncias que deveriam recorrer, não conhecem a estrutura do SUS e seus níveis de atenção, e por isso recorrem à Policlínica Codajás, entendida por ela como local “onde tudo se resolve”, uma das razões do volume de demandas que chegam ao Serviço Social.

É notável o aumento de demandas em saúde causado pela escassez de políticas públicas que considere em sua formulação o alcance dos condicionantes e determinantes em saúde: habitação, alimentação, trabalho e renda, transporte, educação, entre outros.

Embora, todas as assistentes sociais que atuam na Policlínica tenham clareza do conceito ampliado em saúde, é importante pesquisar para apreender o conhecimento das causas sociais da doença, determinantes e condicionantes, reconhecendo a interdependência entre as condições sociais e as condições de saúde da população. Nesse sentido decifrar novas mediações e intervenções capazes de intervir nas raízes sociais da dor humana, não só das camadas mais vulneráveis, mas de toda sociedade.

A Policlínica Codajás, assim como as demais unidades do Estado não consegue atender as demandas, pelo limitando acesso aos serviços, com longas filas de espera, sem respeito às prioridades em saúde. Fica visível a escassez de recursos humanos, como exemplo a especialidade em ortopedia, com apenas um profissional atendendo apenas duas horas por dia.

A realidade é complexa e necessita ser desvendada com referencial teórico e pesquisas, considerando a perspectiva da totalidade, no caminho da superação fragmentada dessa realidade. Assim podemos pensar em superação, também, das práticas conservadoras e acríticas que prevalecem em uma parcela da categoria profissional.

Foi um rico processo de elucidar as questões norteadoras deste trabalho que aponta a saúde como grande desafio na consolidação de seus princípios, os quais coadunam com os princípios do Código de Ética do assistente social, não menos desafiador que a saúde.

Nesse ponto, o desafio desse profissional, segundo Iamamoto (2009, p.02), requer “competência crítica capaz de desvendar os fundamentos conservadores e tecnocráticos do discurso da competência burocrática”.

A política de saúde também tem desafios a superar, dentre eles a elaboração e aplicação de políticas de controle, vigilância e monitoramento focadas na promoção, prevenção e atenção aos indivíduos, no sentido da universalização. Além disso, é necessário atuar sobre os condicionantes e determinantes de saúde, articulando ações mais efetivas do Estado no sentido de minimizar as desigualdades, bem como coordenar ações intra e intersetoriais, operando um cuidado integral das DCNT e seus fatores de risco.

No Amazonas a política de saúde das populações rurais é o maior desafio, pois encontra dificuldades significativas de acesso, sendo ainda desconhecida para a maioria dos profissionais, por causa de especificidades locais e culturais.

Sendo assim, é relevante que no encontro diário com as expressões da questão social na saúde, o/a assistente social conduza suas ações conectado/a a seu Projeto Profissional, cujos fundamentos teórico, ético e político viabilizem o enfrentamento das desigualdades sociais e conseqüentemente as desigualdades em saúde.

A pesquisa evidenciou a prática do assistente social na média complexidade, mas seja qual for o âmbito de atenção à saúde que o cidadão for atendido, o assistente social atua objetivando sua prática, entendendo que a questão social que se expressa nesses espaços não é somente seu objeto, mas de todos os profissionais que com ele compõem a equipe interdisciplinar. Ressaltando que a proposta do SUS vai ao encontro dos interesses da classe trabalhadora, assim como o Projeto Ético Político do Serviço Social, as duas propostas, portanto devem se articular para garantir uma política de saúde universal, integral e equânime.

REFERÊNCIAS

AMAZONAS. **Manual de Rotinas da Policlínica Codajás**. Secretaria do Estado do Amazonas. Secretaria de Saúde. Manaus, 2008.

_____. **Plano Estadual de Saúde - PES/AM 2016 – 2019/SUSAM**.

_____. **Amazonas lidera ranking brasileiro de incidência da tuberculose**, diz FVS. Publicado em 22/03/2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia>>. Acessado em 11/05/2018.

_____. **Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação – SEPLANCTI**. Secretaria de Planejamento Manaus, 2017.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; SANTOS, Lenir. **A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde**. IN: Silva, Silvio Fernandes (ORG). **Redes de Atenção de Saúde no SUS**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008. P. 23 – 65.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação**. NRB 14724. Rio de Janeiro, 2011.

BANCO MUNDIAL. 2017. **Rastreamento da cobertura universal de saúde: relatório de monitoramento global de 2017 (em inglês)**. Washington, DC: Grupo Banco Mundial. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/Tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento social: intencionalidade e instrumentação**. São Paulo: Veras Editora, 2002.

BARBOSA, Mario da Costa. **Planejamento e serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

BARRETO; M. L.; CARMO, E. H. **Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde**. Informe Epidemiol. SUS. v. III, n. 34, 1994.

BARROCO, Maria Lúcia. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos**. Ed. Cortez: São Paulo, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social, vol. 2).

BENTES, Norma. **Manaus – Realidade e contrastes sociais**. 2 Ed. Manaus: Editora Valer, Cáritas Arquidiocesana de Manaus, 2014. 128 p.

BEZERRA, Suely de Oliveira. **Desvendando as demandas para o Serviço Social no Complexo Hospitalar e de Atenção à Saúde da UFRN, a partir dos anos 90, frente aos**

desafios postos pela questão social. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 16 nov. 2017.

_____. **Decreto Legislativo no 269/2008.** Diário Oficial da União (DOU) de 19 de setembro de 2008. Brasília – DF, 2008.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.<<https://www.ibge.gov.br/>>. - Acessado em 28/10/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada.** – Brasília: 2006, 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília - DF: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Presidência da República. **Lei n. 8.080** de 19 de setembro de 1990. Brasília – DF, 1990.

_____. **Relatório da 14ª Conferência Nacional de Saúde:** acesso e acolhimento com qualidade. Conselho Nacional de Saúde. Brasília – DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – 3. ed. – Brasília - DF : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Brasília - DF, 2012.

_____. **Lei Orgânica da Saúde de n". 8080/90 e Lei Complementar de n. 8142/90.** 2. ed. MS — Assessoria de Comunicação Social. Brasília - DF, 1991.

_____. **Relatório de Gestão 2016.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília - DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Gabinete do Ministro. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br>>. Acesso em: 11/04/2018.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. [et. al]. (orgs). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, Brasília - DF: OPAS, OMS. Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: MOTA, Ana Elizabete. [et. al.], (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006. p.197-217.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. *Physis* [online]. 2007, vol.17, n.1, pp.77-93. ISSN 01037331. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>>. Acesso em: 11/04/2018.

CARVALHO, A. I. de. (ORG's). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro - R. J. Fiocruz, 2008. p. 23 – 64.

_____, A. I. de. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. p. 19-38.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de; NETTO, José Paulo. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. São Paulo: Cortez, 2000.

Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PRde. **Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil**. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 2013; 7(2):63-84.

CFESS. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade**. In: CFESS-Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições privativas do(a) assistente social**. Brasília: Cfess, 2002. p. 13-50.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CFESS/CRESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Serie Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

CHIZZOTTI, Antônio, **Pesquisa Qualitativa em ciências Humanas e Sociais**. Rio de Janeiro Vozes, 2008.

CONFALONIERI, Ulisses E. C. **Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças**. *Estud. av.* vol.19 no.53 São Paulo Jan./Apr. 2005.

CONH, Amélia, *et. al.* **A saúde como direito e como serviço.** 7. Ed. São Paulo: Cortez, 2015.

COUTO, Berenice Rojas. **Formulação de projeto de trabalho profissional.** In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 651-663.

DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/idb>>. Acesso em: 28/10/2016.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. **Seguridade Social: Redefinindo o alcance da Cidadania** [s.d.]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps_n17_vol01seguridade_social.pdf> Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

DEMO, Pedro. **Cuidado metodológico:** signo crucial da qualidade. In: Sociedade e Estado, Brasília, v.17, n 2, p.349-373, jul/dez. 2002. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

ENGELS Friedrich. **A situação da Classe Operária em Inglaterra.** Tradução de (1892), Anália C. Torres. Edições Afrontamento, Maio de 1975. Apartado 532 — Port.

FALEIROS, V. P. **Desafios para a pesquisa em política social.** Ser Social, Brasília, n. 09, p. 53-75, jul./dez. 2001.

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira:** dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3, pp.743-752. ISSN 14138123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>>. Acesso em: 28/10/2016.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis M. **Política de Saúde; Uma Política Social.** In: GIOVANELLA, I; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (ORG's). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro - R. J. Fiocruz, 2008. p. 23 – 64.

FLEURY-TEIXEIRA, P. **Uma introdução conceitual à determinação social da saúde.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, ser. Idez. 2009.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. **Serviços de saúde:** acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C., org. *Política de saúde: o público e o privado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 312 p. ISBN: 85-85676-21-3. Available from SciELO Books.

GOULART, F.A.A. **Esculpindo o SUS a golpes de portaria...** – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. Ciênc Saúde Coletiva 2001; 6:292-8.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **A questão social no capitalismo.** Revista *Temporalis*/Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. ano 2, n. 3 (jan/jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

_____. **O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social.** In: CENTRO DE DUCAÇÃO, ABERTA, CONTINUADA A DISTÂNCIA. Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CEAD, 1999, n. 1, p. 77-90.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 10.ed. São Paulo, Cortez, 2006.

INOJOSA, Rose Mary. **Acolhimento:** a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Estimativa 2018 – Incidência e mortalidade por Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em <www1.inca.gov.br>. Acesso em: 22/05/2018.

LEMOS, Flávia C. S *et. al.* **Desmantelamento dos Direitos Trabalhistas, Biopolítica e a Racionalidade Neoliberal, no Brasil:** Projeto De Lei 4330. In: Trabalho, cuidado e saúde: caminhos dos serviços e da pesquisa na Amazônia [recurso eletrônico] / organizadores Eric Alvarenga ... [et al.] – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2018. 289 p.: il. – (Série Saúde & Amazônia, v. 5).

MELLO, Marinilzes M. **Políticas Sociais e Políticas de Bem Estar:** Algumas Considerações. INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente. Vol.2, n.4, Artigo 5, Ago 2007. Disponível em: <http://www.interfacehs.sp.senac.br/br/artigos.asp?edu=4&cod_artigo=67>. Acesso em: 28/10/2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MIOTO, RCT & NOGUEIRA, VMR. **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional.** Rev. katálysis vol.16 no.spe Florianópolis 2013.

MORIN, Edgar, 1921. **Os sete saberes necessários à educação do futuro/Edgar Morin ; tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya ; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho.** – 2. ed. – São Paulo : Cortez ; Brasília, DF : UNESCO, 2000.

MOTA, Ana Elizabete. **Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista.** IN: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Orgs:CFESS/ABEPSS, 2009.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético Político do Serviço Social.** IN: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e suas exigências para os assistentes sociais.** In Mota, Ana Elizabete e outros (org). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NUNES, Everardo Duarte. **A Doença como Processo Social.** In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). Ciência e Saúde para o Ensino Médico. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2000, v., p.217-229.

OLIVEIRA, M^a Júlia Inácio; SANTO, Eniel do Espírito. **A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social.** Caderno Saúde e Desenvolvimento | vol.2 n.2 | jan/jun 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelo de Atenção a Saúde no Brasil.** IN: GIOVANANELLA, Ligia *et. al.* Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2^a ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

PEREIRA, Luis Carlos Bresser. **A Crise da América Latina: Consenso de Washington ou Crise Fiscal?** Pesquisa e Planejamento Econômico, 21 (1), abril 1991: 3-23.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez. 2012

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf>. Acesso em: 16 set. 2009.

Relatório do Índice de desenvolvimento humano – IDH 2010. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015.html>>. Acesso em: 22/05/2018.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: promessas e limites da Constituição.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SANTOS, Tatiane Valéria Cardoso *et. al.* **A influência dos determinantes sociais no trabalho do assistente social na saúde.** Revista Libertas v. 16 n. 1 (2016): (jan. jul. 2016).

SANTOS, Josiane Soares. **“Questão Social”:** particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012 – (Coleção biblioteca básica de Serviço Social; v.6).

_____. **Particularidades da “questão social” no capitalismo brasileiro: Elementos para o Debate.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Ações do Governo em Saúde.** São Paulo, 2019. www.saopaulo.sp.gov.br . Acessado em 22/06/2019.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar *et. al.* **História e política pública de saúde.** 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017. 214 p. : il. – (Série Saúde & Amazônia)

Secretaria de Estado de Planejamento. **Plano Plurianual (PPA) 2016-2019**. Manaus - AM, 2015.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema público de saúde brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002: Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. S190-S198, 2004.

VASCONCELOS, C.M. e PASCHE, D.F. **O Sistema Único de Saúde**. In: Gastão, W.S.C.et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza e exclusão social**: expressões da Questão social no Brasil. IN: revista *Temporalis*, Ano 2, n. 03 (jan/jun 2001), 3ed.Brasília: ABEPSS, Grafine, 2001.

APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 01

Roteiro de entrevista aos Assistentes Sociais

Nome da Unidade de saúde: _____

Programa de saúde: _____

I. Identificação do Informante:

1.1. Nome: _____

1.2. Estado Civil: _____

1.3. Formação profissional: _____

1.4. Ano de formação: _____

1.5. Pós-graduação: _____

1.6. Tempo na Instituição: _____

1.7. Que estratégia se utiliza para realizar atualizações profissionais?
(Leituras, participação em eventos, realização de cursos etc).

II. Demandas ao Serviço Social

2.1. Na instituição, você atende somente encaminhamentos, ou atende demandas espontâneas? Sim ou não? Por quê?

2.2. Das demandas encaminhadas quais as principais? Cite-as.

2.3. Das demandas espontâneas quais as principais? Cite-as.

2.4. Como essas demandas são enfrentadas?

2.5. Você observa problemas sociais e/ou econômicos dessa demanda?

III. Sobre a Instituição e os desafios ao direito a saúde.

3.1. Qual concepção de saúde que norteia o seu trabalho? Por quê?

3.2. O direito à saúde, no contexto contemporâneo, está sendo suficiente para atender as demandas? Sim ou não? Por quê?

3.3. Quais os desafios encontrados para consolidação do direito à saúde no Estado do Amazonas?

3.4. E os principais desafios na Policlínica?

3.5. Quais estratégias e/ou encaminhamentos são utilizados para as respostas às demandas e para a garantia de direitos aos usuários?

3.6. Você conhece o Plano Estadual de Saúde do Estado do Amazonas? () Sim () Não. Qual a contribuição do plano para assegurar o acesso à saúde?

3.7. E na Policlínica existe um plano de trabalho? () SIM () NÃO. Se sim como é realizado?

3.8. A equipe de profissionais atua de forma interdisciplinar no atendimento ao usuário? Se sim, de que forma?

3.9. Quais os princípios norteadores do SUS mais presentes em sua realidade cotidiana? E quais os menos presentes?

3.10. Que estratégias e ações você utiliza para a concretização desses princípios a partir de sua prática profissional?

3.11. No exercício profissional, como se dá a defesa do Projeto Ético-Político da profissão?

Algumas considerações acerca da prática profissional na área da Saúde:

Apêndice 02

FORMULÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE.

CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA

I. Identificação do Informante:

Nome:

Idade:

Estado Civil: Grau de escolaridade:

II. Situação Social:

2.1. Qual a sua procedência?

Interior do Estado;

da Capital de Manaus;

de outro Estado, qual? _____

2.2. Você mora em casa:

Própria Alugada Cedida Outro, qual?

2.3. A estrutura da habitação é de?

Alvenaria

Madeira Mista

Ocupação Outra, qual?

2.4. Como se dá o abastecimento de água na sua residência?

Pública

Cacimba Poço

Não possui

2.5. Como se dá as instalações elétricas na sua residência?

Regular Irregular Não possui

2.6. Como se dá o escoamento sanitário da sua residência?

Público

Fossa

Igarapé

Céu aberto

Outros, qual?

III. Situação Socioeconômica / Qualificação Profissional:

3.1. Quantas pessoas moram na sua residência? 01 (uma) Dessas, quem trabalha?

3.2. A renda familiar é oriunda de:

Assalariado com carteira assinada sem carteira assinada .

Autônomo / Bico

Aposentado/ Pensionista BPC,

Deficiente Idoso Trabalhador

Rural.

Desempregado.

Outros, qual?

3.3. Qual a renda familiar?

() Sem renda; () Até 01 S.M; () Mais de 01 até 02 S.M; () Mais de 02 até 04 S.M; () Mais de 04 S.M

IV. Da Situação de Saúde

4.1. O que você entende por saúde?

4.2. Porque procurou os serviços da Policlínica?

4.2.1. Consulta de primeira vez? Se sim qual o especialista:

Tempo de espera pelo agendamento

() 15 dias; () 30 dias; () 45 dias; () Outros:

4.2.2. Consulta de retorno? Se sim qual o especialista: _____

Tempo de espera pelo agendamento

() 15 dias; () 30 dias; () 45 dias; () Outros: _____

4.2.3. Faz tratamento médico?

4.2.4. Realizar exame? Se sim, qual?

Tempo de espera pelo agendamento

() 15 dias; () 30 dias; () 45 dias; () Outros: Na fila de espera há 20 meses.

4.2.5. Outro serviço? Qual?

Foi atendido:

Tempo de espera:

5. Como agendou a consulta?

5.1. Já foi atendido pelo Serviço Social? () SIM () NÃO

5.2. Qual a razão do atendimento?

5.3. Como esse profissional atendeu você?

5.4. Ficou satisfeito com o atendimento? Ótimo () Bom () Regular () Péssimo ()

Obs: Deseja que o sistema de saúde olhe com mais atenção os exames mais solicitados e não deixe faltar.

Anexo 01

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO COORDENADOR DA PESQUISA

Eu, **YOSHIKO SASSAKI**, coordenadora responsável pelo Projeto “**O Trabalho Do Assistente Social No Acesso Da População À Saúde Em Uma Unidade De Média Complexidade Na Cidade De Manaus**”, declaro estar ciente e cumprir com os termos da Resolução 196 de 09/10/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e que Conheço e cumprirei as atividades de pesquisas estabelecidas no referido Projeto, prestando ao CEP-UFAM, aos sujeitos da pesquisa e a Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Amazonas, toda e qualquer informação solicitada.

As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente na realização da presente pesquisa e os resultados serão apresentados aos sujeitos participantes após o término da mesma, bem como em publicações técnico-científicas de informação, visando ofertar conhecimentos para a sociedade.

Manaus, 18 de junho de 2018.

Assinatura do coordenador

Anexo 02

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, **VERA LÚCIA PEREIRA**, pesquisadora responsável pelo projeto “**O Trabalho Do Assistente Social No Acesso Da População À Saúde Em Uma Unidade De Média Complexidade Na Cidade De Manaus**”, declaro estar ciente e que cumprirei com os termos da Resolução 196 de 09/10/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e declaro assumir o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações, tornar os resultados desta pesquisa públicos sejam eles favoráveis ou não, e comunicar ao CEP – UFAM e a Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Amazonas sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, ou através de comunicação protocolada, que me forem solicitadas.

Manaus, 18 de junho de 2018.

Anexo 03

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Profissionais que atuam na Unidade de Saúde

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa intitulada “**O Trabalho Do Assistente Social No Acesso Da População À Saúde Em Uma Unidade De Média Complexidade Na Cidade De Manaus**”, desenvolvida pela pesquisadora, **VERA LÚCIA PEREIRA**, mestranda do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Rua: General Rodrigo Otávio - nº. 3000 - Japiim I, Manaus/AM, telefone (92) 3305 – 4579 –

Email: antoniacosmo@yahoo.com.br, sob orientação da Profa. Dra. **Yoshiko Sasaki**,

Rua: General Rodrigo Otávio - nº. 3000 - Japiim I, Manaus/AM, telefone (92) 3305 – 4579 –

Email: sassakiyo@uol.com.br. O objetivo geral do estudo consiste em analisar os avanços e desafios que perpassam o acesso à saúde no Estado do Amazonas.

Sua participação é voluntária e você terá plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento no decorrer na pesquisa. Será garantida a confidencialidades a privacidade das informações por você prestadas. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa, assim como, não receberá nenhuma remuneração. O local, horário e data da pesquisa serão combinados com antecedência entre pesquisador e entrevistado.

No mais, informamos que toda pesquisa com seres humanos, pode envolver riscos embora mínimos, no entanto, caso ocorra algum risco, informamos que os mesmos serão minimizados posteriormente pelo pesquisador, prestando a devida assistência, seja de ordem emocional ou psicológica, de forma, que não ocasione qualquer dano ou constrangimento ao (a) Sr (a). Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardados em sigilo.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora, **Vera Lúcia Pereira**, bem como sua orientadora, a Profa. Dra. **Yoshiko Sasaki**, nos endereços acima mencionados, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, após a leitura deste documento, estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, apresento minha concordância de livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa.

Anexo 04

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Usuários da Policlínica Codajás

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa intitulada “**O Trabalho Do Assistente Social No Acesso Da População À Saúde Em Uma Unidade De Média Complexidade Na Cidade De Manaus**”, desenvolvida pela pesquisadora, **Vera Lúcia Pereira**, mestranda do Programa de Pós Graduação em Serviço social e sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Rua: General Rodrigo Otávio - n°. 3000 - Japiim I, Manaus/AM, telefone (92) 3305 – 4579 – Email: antoniacosmo@yahoo.com.br, sob orientação da Profa. Dra. **YoshikoSasaki**, Rua: General Rodrigo Otávio - n°. 3000 - Japiim I, Manaus/AM, telefone (92) 3305 – 4579 – Email: sassakiyo@uol.com.br. O objetivo geral do estudo consiste em analisar os avanços e desafios que perpassam os avanços e desafios que perpassam o acesso à saúde no Estado do Amazonas. Sua participação é voluntária e você terá plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento no decorrer na pesquisa. Será garantida a confidencialidades privacidade das informações por você prestadas. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa, assim como, não receberá nenhuma remuneração. O local, horário a e data da pesquisa serão combinados com antecedência entre pesquisador e entrevistado.

No mais, informamos que toda pesquisa com seres humanos, pode envolver riscos embora mínimos, no entanto, caso ocorra algum risco, informamos que os mesmos serão minimizados posteriormente pelo pesquisador, prestando a devida assistência, seja de ordem emocional ou psicológica, de forma, que não ocasione qualquer dano ou constrangimento ao (a) Sr (a). Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardados em sigilo.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora, **Vera Lúcia Pereira**, bem como sua orientadora, a Profa. Dra. **Yoshiko Sasaki**, nos endereços acima mencionados, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

Consentimento Pós-Informação

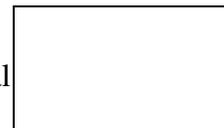
Eu, _____, após a leitura deste documento, estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, apresento minha concordância de livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa como informante.

Assinatura do participante

Data: ___/___/_____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Coleta de digital





UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Trabalho do Assistente Social no Acesso da População à Saúde em uma Unidade de Média Complexidade na cidade de Manaus. **Pesquisador:** VERA LUCIA PEREIRA **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 07200818.2.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.176.130

Apresentação do Projeto:

A política de saúde brasileira, operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, como política pública, foi a maior conquista da sociedade civil na área da saúde trouxe em seu principal eixo a universalidade e a igualdade e apesar dos avanços persistem muitos desafios que comprometem esses princípios, entre eles assegurar o acesso aos serviços de saúde. Nessa configuração a política de saúde é uma responsabilidade social e tem no assistente social o principal interlocutor do usuário no acesso a esse direito, o que na atual conjuntura de desmonte das políticas, se configura um grande desafio de atender as demandas amplas e diversificadas que se apresentam na interface do Serviço Social com a Saúde. Abordar sobre o trabalho do assistente social na saúde é necessário considerando que essa área abrange um grande quantitativo de profissionais que enfrenta muitos desafios, principalmente para concretiza o acesso universal a população usuária. Embora o SUS caminhe nessa direção ainda não superou algumas contradições como a demanda reprimida, excluída, precarização de recursos, a quantidade e a qualidade no atendimento, entre outros. Problemas como agendamentos em fila de espera, demora na autorização de consultas e exames, distancia da moradia do usuário para a unidade de saúde, transporte, situação sócio-econômica, são alguns desafios que requerem ação qualificada e compromissada do assistente social. Nesse cenário, como o assistente social contribui para o acesso aos serviços de saúde na média complexidade? quais estratégias desenvolve no atendimento a essa demanda reprimida, considerando que a organização e a oferta desses serviços são operacionalizadas pelo Sistema de

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Regulação do Estado? Essas perguntas são o eixo norteador dessa pesquisa. Essa pesquisa tem como objetivo analisar o trabalho profissional do assistente social e sua contribuição no acesso aos serviços de saúde em uma unidade de atendimento de média complexidade, na zona sul de Manaus, cujo modelo de operacionalização é o Complexo Regulador. Diante da profundidade e a extensão desses desafios contemporâneos se propõe um estudo das possibilidades de intervenção da profissão no sentido de empreender estratégias de fortalecimento do projeto ético político que defende o acesso universal, igualitário, integral e de qualidade em detrimento ao projeto que traduz políticas, excludentes, seletivas e precarizadas. Assim fortalecer e efetivar o SUS que queremos, com seus princípios concretizados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o trabalho do assistente social na perspectiva do acesso aos serviços de saúde na Policlínica Codajás, unidade de média complexidade da zona sul de Manaus.

Objetivo Secundário: • Verificar o agendamento via SISREG e no local Policlínica Codajás, seus desafios e avanços, bem como o estrangulamento do acesso, apontando os focos problemáticos que limitam os agendamentos de consultas e exames; • Identificar as ações profissionais dos assistentes sociais no acesso e garantia nos serviços de saúde da policlínica. • Detectar os limites e possibilidades do trabalho profissional dos assistentes sociais nesta Policlínica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A participação na pesquisa não oferece riscos à saúde dos assistentes sociais e usuários selecionados para a pesquisa, o risco é baixíssimo, sendo provável apenas algum desconforto ou constrangimento em responder algumas perguntas de ordem pessoal. Se for o caso o participante poderá deixar de responder sem nenhum prejuízo de sua participação na pesquisa. O participante poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento e seus dados pessoais serão mantidos em absoluto sigilo. Os resultados serão divulgados sem fazer qualquer alusão a sua identidade. Por se tratar de um estudo que objetiva analisar o trabalho do assistente social referente à garantia de acesso aos serviços de saúde em uma unidade de média complexidade da zona sul de Manaus, consideramos que em algum momento da pesquisa o Sr (a) sinta-se constrangido em expor sua situação de saúde ou doença, desta forma caso seja identificado algum sinal de desconforto psicológico acarretado pela pesquisa, a pesquisadora compromete-se em encaminhá-lo (a) para os profissionais especializados, pois toda pesquisa envolvendo seres humanos oferece riscos e com base no parágrafo VIII artigo 2º da resolução 510/2016 que dispõe sobre risco imaterial, no qual explica que se incluem nessa categoria de risco “lesão em direito ou bem da personalidade, tais como integridades físicas e psíquicas, saúde, honra, imagem, e privacidade, ilicitamente

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



produzida ao participante da pesquisa por características ou resultados do processo de pesquisa”. Benefícios: A pesquisa busca entender a organização dos serviços de saúde no Estado e na capital, principalmente na média complexidade, onde existe uma grande demanda reprimida, subsidiando o trabalho do assistente social na construção de estratégias que possibilitem o acesso a saúde como preconiza o SUS. Ao pesquisar a organização dos serviços na instituição haverá possibilidade de oferecer dados relevantes que contribuam para reorganizar a forma de operacionalização da Policlínica na correção de prováveis equívocos na oferta dos serviços, minimizando a demanda reprimida. Quanto aos usuários, sua participação ampliará a gestão compartilhada na direção da garantia de aproximação do usuário na construção de respostas a suas necessidades em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta de pesquisa apresenta relevância social e científica.

O tema é atual. Os objetivos estão bem definidos e os procedimentos metodológicos encontram-se bem explícitos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto – apresentada e adequada;

TCLE – apresentado e adequado;

Termo de anuência da instituição participante – apresentado e adequado;

Projeto – apresentado e adequado;

Cronograma – apresentado e adequado;

Orçamento – apresentado e adequado;

Instrumentais- apresentados e adequados;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora apresentou todos os documentos e instrumentais necessários, em conformidade com as resoluções 266/2012 e 510/2016..

Diante do exposto, considera-se que o projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1211612.pdf	18/02/2019 19:52:47		Aceito
Outros	CartaRespostaCEP.pdf	18/02/2019	VERA LUCIA	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.176.130

Outros	CartaRespostaCEP.pdf	19:50:25	PEREIRA	Aceito
Orçamento	Orcamentoprojeto.pdf	20/12/2018 10:24:05	VERA LUCIA PEREIRA	Aceito
Outros	TermodeAnuencia.pdf	20/12/2018 10:23:07	VERA LUCIA PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	T_C_L_E.pdf	17/10/2018 16:01:01	VERA LUCIA PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompleto.pdf	17/10/2018 16:00:23	VERA LUCIA PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16/10/2018 17:03:04	VERA LUCIA PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 28 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 3.176.130

Página 04 de

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM **Município:** MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com