UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

MAISA MENEZES MARQUES

SERVIÇO SOCIAL E ACESSO À SAÚDE: RESPOSTAS PROFISSIONAIS AO ESTIGMA VIVENCIADO POR USUÁRIAS (OS) DA DERMATOLOGIA

Brasília – DF
2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER

MAISA MENEZES MARQUES

SERVIÇO SOCIAL E ACESSO À SAÚDE: RESPOSTAS PROFISSIONAIS AO ESTIGMA VIVENCIADO POR USUÁRIAS (OS) DA DERMATOLOGIA

Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Mestre Isabela Ramos Ribeiro.

Brasília – DF

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - SER

MAISA MENEZES MARQUES

SERVIÇO SOCIAL E ACESSO À SAÚDE: RESPOSTAS PROFISSIONAIS AO ESTIGMA VIVENCIADO POR USUÁRIAS (OS) DA DERMATOLOGIA

Brasília 10 de 03 de 2016

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Andréia de Oliveira

SER/UnB - Examinadora

_____

Prof.ª Me. Isabela Ramos Ribeiro

SER/UnB - Orientadora

_____

Prof.ª Me. Patrícia de Almeida

SER/UnB - Examinadora

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus por cada oportunidade que me proporcionou na vida, inclusive, pela aprovação no vestibular da Universidade de Brasília. Sou muito grata por ter sido aluna de uma instituição bastante reconhecida.

Agradeço à pessoa maravilhosa que é minha mãe, a Telma Marques. Sem seus cuidados, dificilmente teria prosseguido. Sou imensamente grata à minha irmã, Magda Marques, e minhas tias Selma Menezes e Vilma Menezes, por terem acompanhado minha batalha diária e me dado força.

Às minhas amigas Elaine Ferreira, Fernanda Arnaud, Gabriela Cordeiro, Gabriela Galvão, Gisele Boaventura e Yara Carvalho, que cursaram Serviço Social comigo e em breve estarão se formando. Acompanharam de perto os desafios postos para se cursar uma graduação. Em breve serão minhas companheiras de trabalho e de luta. Pela amizade diária, serei eternamente grata.

Agradeço às amigas Mariana Souza e Marina Sena que estiveram presentes em muitos momentos de minha vida compartilhando a amizade fraternal. Às amigas Marcela André e Sheila Lopes que estudaram comigo na graduação anterior e me acompanharam em muitos momentos na presente.

A cada professor (a) que passou em minha vida, desde o primário até a graduação. Com certeza, o papel de cada educador (a) contribuiu para minha formação enquanto humana.

Agradeço à querida Irene por ter me incentivado a prestar vestibular para o Serviço Social.

Às minhas supervisoras de estágio no Hospital Universitário de Brasília, que contribuíram para minha formação enquanto futura assistente social.

A doce Isabela, que me orientou na realização desse trabalho – momento ímpar para a minha formação estudantil – contribuindo com todo o seu conhecimento teórico-prático, sinto-me muito agradecida.

A todo o Departamento de Serviço Social. Gratidão!

“Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres”.

Rosa Luxemburgo

MARQUES, Maisa Menezes. Serviço Social e acesso à saúde: respostas profissionais ao estigma vivenciado por usuárias (os) da dermatologia. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2016.

RESUMO

Este trabalho de Conclusão de Curso teve a temática originada pela vivência do estágio supervisionado em Serviço Social em 2014, na dermatologia do Hospital Universitário de Brasília. Esse trabalho objetiva a identificação e a análise das limitações de acesso enfrentadas pelas (os) usuárias (os) da dermatologia na alta complexidade dos serviços de saúde, e as possibilidades de intervenção do Serviço Social orientado pelo projeto ético-político e pelos princípios e diretrizes do SUS, para mediar os direitos desse público e contribuir para a desconstrução do preconceito e para o acesso à saúde de forma universal, integral e equitativa. O estudo orienta-se pelo método do materialismo dialético, caracterizando-se como uma pesquisa qualitativa. A técnica utilizada foi a revisão bibliográfica baseada na leitura de artigos científicos selecionados por meio da busca no banco de dados do Scielo. Os artigos foram analisados e tiveram as referências bibliográficas consultadas para se alcançar outras produções com temas afins, consistindo na metodologia bola de neve (snowball). Os estudos encontrados demonstram haver inúmeros desafios para o acesso das (os) usuárias (os) na saúde e o preconceito pela presença da dermatose consiste em fator agravante a isso. Refletir sobre as dificuldades para o acesso à saúde e o papel do Serviço Social como mediador entre as (os) usuárias (os) e os direitos que possuem permitiu perceber que, apesar de algumas peculiaridades encontradas na dermatologia, os entraves para o acesso ao SUS de forma universal, integral e equitativa são identificados em vários setores e unidades de saúde, demonstrando ser um problema estrutural, relativo ao atual projeto societário.

Palavras-Chaves: Serviço Social; Preconceito; Sistema Único de Saúde; Dermatologia.

MARQUES, Maisa Menezes. Social Service and Access to Health Care: professional responses to the stigma experienced by dermatology service users. Social Work Graduation Coursework. University of Brasilia. Brasília: UnB, 2016.

ABSTRACT

This Course Completion work originated from the experience of supervised training in Social Work in 2014 at the dermatology division of the University of Brasilia's Hospital. This study aims to identify and analyze the access constraints faced by the users of the dermatology service at the high complexity of health services, and the intervention possibilities of social work guided by ethical-political project and the principles and guidelines SUS, to mediate the rights of that public and contribute to the prejudice deconstruction and access to universal, unabridged and equitable health. The study is guided by the dialectical materialism method, characterized as a qualitative research. The technique used was a literature review based on scientific articles reading, selected by seeking the scielo database. The articles were analyzed and had the references consulted to achieve other productions with related topics, the snowball method. The found studies show that there are numerous challenges to the access of the health users and prejudice due to the presence of dermatosis consists of an aggravating factor to it. Considering the health care access difficulties and the role of social work as a mediator between the users and the rights they have, allowed to realize that, despite some peculiarities found in the dermatology service, barriers to access to SUS universaly, unabridgedly and equitably are identified in various sectors and health units, evidencing a structural problem on the current corporate project.

Key Words: Social Work; Prejudice; Unified Health System; Dermatology.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CF - Constituição Federal

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FHC - Fernando Henrique Cardoso

HU - Hospital Universitário

HUB - Hospital Universitário de Brasília

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

MEC - Ministério da Educação

REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs - Organizações Sociais

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento Fora de Domicílio

UPAs - Unidades de Pronto Atendimento

UnB - Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....10

1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO.....15

1.1. A política de saúde brasileira na primeira metade do século XX.....15

1.2. A política de saúde brasileira: do golpe militar à redemocratização.....21

1.3. O SUS na atualidade.....26

2. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....30

2.1 A atuação das (os) assistentes sociais na atenção à saúde.....37

3. SUPERAÇÃO DA ESTIGMATIZAÇÃO E PRECONCEITO NO ATENDIMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE.....47

3.1. Os desafios no acesso aos serviços de saúde**.....47**

3.2 O estigma de pacientes acometidas (os) por dermatoses.....51

3.3 As respostas do Serviço Social ao estigma vivenciado por usuárias (os) da dermatologia e às dificuldades de acesso à saúde.....57

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....68

REFERÊNCIAS.....71

INTRODUÇÃO

O presente estudo possui como eixo central de análise os desafios vivenciados pelas usuárias (os) de dermatologia dos hospitais para o acesso à saúde e as possibilidades para a atuação profissional do Serviço Social de forma a mediar os direitos desse público e a contribuir na desconstrução do preconceito.

Desde a criação do SUS, foi disponibilizada uma série de serviços de saúde, porém o acesso aos mesmos tem se distanciado dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Garantir o acesso das (os) usuárias (os) é obrigação do Estado e compreende não apenas disponibilizar recursos humanos, materiais e financeiros, mas inclui uma série de determinantes sociais, que envolvem fatores relacionados à economia, à cultura, à região geográfica a que pertence o público em questão etc (TELLES, 2011). Travassos e Martins (2004) apontam que os determinantes relacionados ao uso dos serviços de saúde envolvem fatores como: a necessidade de saúde; os usuários, que inclui características dos mesmos, tais como o perfil socioeconômico e cultural; os prestadores de serviços, que envolve as características que as (os) profissionais possuem, tais como a formação e a experiência; a organização, referente à oferta de serviços, aos recursos disponíveis e ao acesso; e por fim, a política, a qual compreende o sistema de saúde, a legislação, o financiamento etc. Esses fatores influenciam com maior ou menor intensidade a depender do tipo de serviço de saúde analisado.

Há inúmeros desafios para que a sociedade tenha as necessidades supridas pelo Estado. O acesso à saúde tem sido dificultado, dentre outros fatores, às condições socioeconômicas e a problemas geográficos – dos quais podem fazer parte a distância entre a residência das (os) usuárias (os) e a unidade de atendimento mais próxima. Travassos et al. (2006, p. 975) afirmam que "no Brasil o acesso é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem. Este padrão existe tanto para os adultos como para as crianças. Houve alguma diminuição das desigualdades sociais no acesso, mas as desigualdades geográficas no acesso aumentaram no período de estudo", o qual foi realizado entre 1998 e 2003. Ressalta-se que diferentes localidades apresentam determinadas necessidades que moldam o desenho do sistema, apresentando peculiaridades nas demandas.

O tema proposto apresenta escassez de trabalhos que o debatam, consistindo em uma lacuna na sistematização do fazer profissional das (os) assistentes sociais. Discuti-lo no Trabalho

de Conclusão de Curso é uma tentativa de refletir sobre os limites apresentados na cotidianidade, que muitas vezes passam despercebidos devido à imediaticidade (NETTO, 1987), no acesso das (os) usuárias (os) à saúde e as possibilidades para que o Serviço Social intervenha de forma a contribuir para a materialização de uma política universal, integral e equitativa.

Ressalta-se que o Serviço Social está inserido na dinâmica das relações sociais, o que requer um trabalho polarizado da (o) profissional à medida que atende ora interesses dos trabalhadores, ora da classe dominante. Portanto, trata-se de uma profissão que ainda que contribua para a manutenção da sociedade de classes, pode possibilitar mudanças nas correlações de forças com vistas a uma transformação estrutural (IAMAMOTO, 2006).

Ao longo da história, a saúde brasileira tem sido alvo de disputa entre setores divergentes (MORAES, 2010), que podem configurar na ampliação dos direitos das (os) usuárias (os) dessa política ou mesmo, assegurar os interesses do mercado. Diante de mudanças na implantação da política de Saúde, as (os) usuárias (os) têm encontrado barreiras para acessá-la. Recorrentemente, as (os) profissionais de Serviço Social têm recebido demandas que muitas vezes ultrapassam as atribuições e competências que possuem. Não obstante, é necessário dar respostas formuladas de maneira crítica e reflexiva, orientadas pelo projeto ético-político profissional. Em face às demandas postas, as (os) assistentes sociais devem dar respostas que ultrapassem a dimensão pragmática e burocrática, buscando orientar-se por uma direção socioeducativa (CFESS, 2010).

Apesar de a saúde estar assegurada como direito universal, acessá-la de forma satisfatória ainda tem sido desafiador. A realidade apresentada ainda é de um SUS excludente e desigual, contrariando aos princípios encontrados na lei de criação. As (Os) usuárias (os) de saúde lidam com diversas barreiras para acessar ao direito. As filas extensivas para a marcação de consultas e atendimentos; os problemas no deslocamento entre a residência e a unidade de saúde; as dificuldades para a obtenção de medicamentos; a ausência de profissionais qualificados; a falta de estrutura na residência para resultados positivos no desenvolvimento do tratamento; a falta de integralidade nas ações; a dificuldade do Sistema em superar o modelo centrado no médico, de assistência médica curativa e hospitalocêntrica, que impacta nas (os) usuárias (os), dentre outros, têm consistido em desafios para o acesso à saúde. Esses obstáculos são associados principalmente às condições socioeconômicas e às barreiras geográficas, dentre outros fatores. Os segmentos de usuárias (os) que possuem maiores necessidades de saúde são os que também possuem maior dificuldade em acessar os serviços (ASSIS e JESUS, 2012).

Além desses desafios, as (os) usuárias (os) de dermatologia apresentam determinada peculiaridade. O problema de saúde que enfrentam é alvo de discriminação pela sociedade. O fato de determinadas doenças serem estigmatizantes, dificulta a procura pelo tratamento e a continuação no mesmo. Não obstante, a discriminação pode desencadear problemas psicológicos (LANA et al., 2014). Diante desse contexto, as (os) assistentes sociais possuem função primordial, por serem profissionais comprometidos com o projeto ético-político, que defende a liberdade e a autonomia das (os) sujeitos e é contra todo tipo de opressão e preconceito (NETTO, 1999). A função sociopedagógica dessas (es) profissionais será primordial para trabalhar a desconstrução do preconceito com esse público e conscientizá-lo para que transmitam o conhecimento apreendido e, assim, contribua para a processo de desconstrução desse desvalor.

As (Os) assistentes sociais formam uma categoria profissional relevante para identificar as demandas das (os) usuárias (os), de forma a compreender os determinantes sociais de saúde e a buscar estratégias e respostas que possibilitem o acesso aos direitos. Não obstante, essas (es) profissionais possuem o compromisso de serem orientadas (os) pelo projeto ético-político, o qual é pautado em valores e princípios que contribuem para a defesa intransigente dos direitos. No atual Código de Ética da (o) assistente social consta que se deve incentivar o respeito à diversidade e realizar discussões sobre o tema com a participação de grupos socialmente discriminados a fim de refletir sobre as diferenças e contribuir para o processo de desconstrução do preconceito. Essas (es) profissionais devem se posicionar de forma a buscar o combate ao preconceito, inclusive na efetivação dos serviços em que se inserem (CIRILO, 2013).

Nesse cenário, a discussão de equidade deve estar presente. As (Os) pacientes de dermatologia podem apresentar problemas de saúde configurados como doenças graves, como a hanseníase, que pode deixar a mobilidade reduzida, por exemplo. O acesso a esses grupos específicos remete à concepção de equidade no sentido de serem organizadas ações e serviços a segmentos socialmente desiguais e discriminados com vista à superação de determinadas desigualdades (ASSIS e JESUS, 2012).

A priori, esse princípio pode parecer contrário à universalidade. Contudo, em uma análise mais detalhada, se compreende que fornecer uma atenção específica aos desiguais, pode possibilitar oportunidades concretas de acesso pelos grupos anteriormente excluídos. Pacientes de hanseníase requerem condições de serviços de saúde específicos e diferenciados, que tenha intervenção precoce devido à gravidade da patologia (ASSIS e JESUS, 2012).

Perante o exposto, esse trabalho objetiva a identificação e a análise das limitações de acesso enfrentadas pelas (os) usuárias (os) da dermatologia na alta complexidade dos serviços de saúde, e as possibilidades de intervenção do Serviço Social orientado pelo projeto ético-político e pelos princípios e diretrizes do SUS, para mediar os direitos desse público e contribuir para a desconstrução do preconceito e para o acesso à saúde de forma universal, integral e equitativa.

O tema se justifica pela inserção no estágio supervisionado, realizado no Hospital Universitário de Brasília – HUB em 2014. Foi um período de intenso aprendizado, que consistiu em campo de análise e reflexão sobre o fazer profissional da assistente social e a relação com as (os) usuárias (os) da saúde. Nesse período surgiu uma série de inquietações ao observar o quanto o Estado, as políticas sociais e a instituição poderiam ser contraditórios, pois à medida que possibilitavam o acesso ao direito, também eram capazes de estabelecer condicionalidades que limitariam o acesso à saúde. Dessa forma, o Serviço Social teria que dar respostas a diversas demandas surgidas pelo contexto neoliberal.

O estudo proposto se orienta pelo método do materialismo dialético, caracterizando-se como uma pesquisa qualitativa. Minayo e Minayo (2001) apontam que a pesquisa qualitativa é fundamental para os estudos referentes à saúde, por possibilitar uma perspectiva abrangente, capaz de captar a intencionalidade dos atos e as relações que os envolvem. Segundo a concepção marxista, a teoria deve estar associada à prática, ou seja, o conhecimento abstrato deve estar vinculado ao ato de transformar a realidade. No materialismo dialético, a realidade concreta determina o pensamento, sendo o trabalho e a práxis essenciais para formar a consciência social. Nessa perspectiva, o objeto é estudado em seu movimento, sendo passível de mudanças estimuladas por forças contraditórias. Portanto, a metodologia utilizada parte da concepção material para realizar uma análise da dialética e compreender os fenômenos (KONDER, 1995).

A técnica utilizada foi a revisão bibliográfica baseada na leitura de artigos científicos selecionados por meio da busca no banco de dados do scielo. As palavras-chave a seguir foram centrais para essa linha de pesquisa: saúde, Serviço Social, assistente social, Reforma Sanitária, acesso, dermatose, dermatologia, preconceito, estigmatização, sociopedagógica. Tais palavras serviram de filtro para a busca de artigos. Seguiu-se a metodologia bola de neve (DEWES, 2010), na qual por meio das referências bibliográficas dos artigos analisados, se acessou outros cujos temas fossem afins. Todos os artigos analisados foram de produção brasileira. Ademais, se

recorreu a obras de autoras (es) amplamente divulgadas (os) pelo Serviço Social, tais como Bravo, Faleiros, Heller, Iamamoto, Matos e Netto.

A consulta ao referencial teórico permitiu perceber que muitas das demandas e dos desafios vivenciados pelas (os) usuárias (os) na dermatologia foram identificados em várias instituições que prestam serviços de saúde no Brasil. Isso demonstra que os problemas são estruturais, inseridos em um complexo para além da ausência de doença, mas que envolve determinantes sociais em meio ao sistema capitalista. Em meio a um cenário de regressão de direitos, é preciso que haja profissionais preparadas (os) para uma atuação progressista, que atuem de forma a contribuir para a materialização do SUS.

O trabalho está dividido em três capítulos. A primeira parte busca fazer um resgate histórico sobre a Política de Saúde brasileira. Apresenta os principais modelos da política em questão ao longo do século XX, demonstrando a relação com o contexto político, econômico e social do país. O segundo momento explicita o Serviço Social como profissão da área de Saúde inserida em processos de trabalho. São relatadas, também, experiências de assistentes sociais nos três níveis de atenção em saúde, em diversas unidades pelo Brasil. São apontadas as demandas recorrentes a essas (es) profissionais, as quais não tem se diferido muito, ainda que o nível de atenção à saúde analisado seja outro. O terceiro capítulo busca relatar e fazer uma análise sobre as dificuldades que as (os) usuárias (os) da dermatologia nos serviços de alta complexidade enfrentam para acessar a saúde e as possibilidades de intervenção das (os) profissionais de Serviço Social para a mediação do acesso aos direitos desse público e a problematização e desconstrução do preconceito.

1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTO HISTÓRICO

1.1. A política de saúde brasileira na primeira metade do século XX

O conceito de saúde é amplo e pode ser compreendido de forma a envolver as esferas política, econômica, legal, administrativa, biológica, social e etc., a depender do contexto histórico e cultural e do grupo analisado (SCLIAR, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde "como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (LUNARDI, 1999).

No contexto mundial, a assistência à saúde dos trabalhadores pelo Estado foi sendo estabelecida conforme a medicina social ganhava espaço na Alemanha, França e Inglaterra (FINKELMAN, 2002). A classe trabalhadora passou a conquistar determinados direitos sociais, os quais foram mediados pela interferência estatal com a finalidade de manter a ordem capitalista diante da correlação de forças imposta por diferentes setores dominantes da sociedade. Assegurar a saúde ao trabalhador seria condição mínima para a reprodução da força de trabalho (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

No Brasil do século XVIII, predominava a assistência médica filantrópica e a prática liberal, ou seja, quem detivesse condições financeiras, custeava o atendimento médico, a outra parte da população dependia de ações caritativas disponibilizadas pela medicina popular e pelas Santas Casas de Misericóridia (CARVALHO, 2004). O século posterior apresentou algumas mudanças, como a realização de campanhas e a inserção da questão da saúde na pauta do movimento operário. Apenas no início do século XX, período em que predominava a economia exportadora cafeeira, a saúde emergiu como expressão da questão social no Brasil em decorrência do processo de industrialização, urbanização e da ampliação do trabalho assalariado. Até a década de 1920, a República Velha foi influenciada rigidamente pelo liberalismo econômico. Portanto, o Estado, fortemente dominado pela oligarquia agrária, apresentava-se omisso na intervenção de uma política trabalhista e social que atendesse às reivindicações da classe trabalhadora e garantisse direitos à população (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

O crescimento da economia cafeeira no século XIX, seguido pela sua crise, possibilitaram o deslocamento do polo econômico para o Rio de Janeiro e São Paulo (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986). A década de 1920 trouxe novas configurações para a saúde brasileira. As preocupações na

área de saúde estavam relacionadas aos interesses da economia cafeeira, a qual tornava o Brasil um dos principais fornecedores de matéria-prima para o mercado mundial da época. O comércio do café trouxe crescimento para a economia do país, fomentando o desenvolvimento ferroviário, bancário e industrial. Começou a surgir no país um polo industrial mais concentrado, diferente das pequenas empresas industriais, nascendo a classe operária. Essa era formada por trabalhadores assalariados de empresas de transporte e de indústria. O Estado foi responsável por instigar trabalhadores estrangeiros para venderem a mão de obra no Brasil (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

A crise do café contribuiu para o deslocamento de trabalhadores rurais para as cidades. Consequentemente, houve crescimento no processo de urbanização e intensificação do êxodo rural. A cidade passou a representar oportunidade de emprego e melhores salários (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Uma massa de trabalhadores veio do exterior para vender a força de trabalho no Brasil. Esses trabalhadores traziam consigo as experiências políticas vivenciadas nos países de origem. Dessa forma, por mais que nas primeiras décadas do século XX, o Estado apresentasse ações repressivas, a classe trabalhadora realizava um intenso número de greves – como exemplo, as greves gerais que ocorreram no Rio de Janeiro e em São Paulo nos anos 1917 e 1919, respectivamente – e ações reivindicatórias que objetivavam intervenção nas áreas trabalhista e social, assim como a elaboração de legislação referente (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Por mais repressivo que o Estado fosse, foi preciso haver mediação diante do tensionamento de interesses distintos da sociedade. Dessa forma, o mesmo passou a intervir nas condições trabalhistas. A questão social passou a ser objeto de debate entre o Estado e a sociedade. O momento era de crise. A forma de organização do sistema de dominação política passou a ser questionada pela classe trabalhadora, pelos setores da corporação militar e pelas camadas médias da população, o que desencadeou mudanças no poder a partir da década de 1930. Dessa forma, a década de 1920 representou um período de crise para o poder das oligarquias dominantes. Contudo, foi também o momento em que começaram a criar uma sequência de leis trabalhistas (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

O rápido aumento populacional em determinadas cidades, principalmente na região sudeste (grandes centros industriais), tornou a oferta de emprego insuficiente para a demanda, gerou déficit habitacional e, por conseguinte, ocupações em regiões periféricas. A infraestrutura

das áreas urbanas não acompanhou o rápido crescimento populacional, gerando déficit nos serviços públicos tais como saneamento básico, saúde, educação, transporte etc. O rápido crescimento de espaços urbanos contribuiu para a incidência de doenças (BUSS, 1995).

Na primeira década do século XX, Oswaldo Cruz foi responsável pela gestão dos serviços federais de saúde. A prioridade foi dada ao saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e São Paulo e ao combate de epidemias como a varíola, a peste e a febre amarela (LIMA e PINTO, 2003).

Emílio Ribas e Oswaldo Cruz defendiam a teoria bacteriológica para combater problemas de saúde, na qual se acreditava que a explicação para as doenças seriam as bactérias, ou seja, era o processo coletivo resultante da agressão do corpo em um meio insalubre, sendo essa explicação meramente biológica e monocausal. As ações afirmadas por essa perspectiva consistiam em isolar as pessoas com doenças contagiosas, proteger as sadias e realizar o saneamento do meio com a orientação da engenharia sanitária. A polícia sanitária era acionada para executar a política do modelo assistencial público. Essa política se embasava em leis, códigos e decretos. (MERHY e QUEIROZ, 1993; SILVA e BARROS, 2002). As medidas sanitárias eram aplicadas de forma rigorosa. Os enfermos eram removidos de suas casas, onde se realizavam a dedetização, mesmo sem o consentimento dos proprietários. Em 1904, por exemplo, a vacina contra a varíola tornou-se compulsória devido à epidemia que o país enfrentava. Tais medidas levaram a população a se opor a Oswaldo Cruz. Os trabalhadores, unidos a parlamentares, organizaram a Liga Contra a Vacina Obrigatória. Em 13 de novembro de 1904 foi deflagrada a Revolta da Vacina. Houve confronto com a polícia, barricadas, greves etc. A obrigatoriedade da vacina foi suspensa (VIVEIRO, 2003).

A teoria bacteriológica contribuiu para a organização do movimento formado na década de 1910, conhecido como “médico-sanitário”. Esse recebeu influências da escola de saúde norte-americana, que era associada à Fundação Rockfeller. Na década seguinte, a corrente médico-sanitária ganhou espaço nos centros urbanos. A concepção predominante era de que o processo saúde-doença, ainda que fosse um fenômeno coletivo, era determinado individualmente (MERHY e QUEIROZ, 1993).

Em 1916, a Fundação Rockefeller, de origem norte-americana, se instalou no Brasil, devido à necessidade que o país tinha de ter uma base científica para a execução de políticas públicas e de treinamento médico adequado para lidar com questões de saúde pública. Não

obstante, faltavam profissionais qualificados na área de saúde. A Fundação pretendia elaborar estudos e realizar as ações com o apoio de Carlos Chagas (LIMA e PINTO, 2003).

Em 1919, Carlos Chagas foi indicado ao cargo de diretor do Departamento Geral de Saúde Pública. Esse cientista teve Oswaldo Cruz como mentor e o sucedeu no comando do IOC. Como diretor do Departamento, foi responsável pela organização dos serviços sanitários federais e pela criação, no ano seguinte, do Departamento Nacional de Saúde Pública. Carlos Chagas objetivava implantar um modelo de organização sanitária que tivesse o investimento em recursos humanos capaz de lidar com os problemas oriundos do desenvolvimento nacional (LIMA e PINTO, 2003).

A Reforma Carlos Chagas de 1923, que criou o Departamento Nacional de Saúde (DNS), visou a ampliação do atendimento à saúde pelo poder central, por meio da incorporação do saneamento rural na saúde, a realização de propaganda sanitária e a promoção de uma educação higiênica pelo Estado (LIMA e PINTO, 2003). Nesse ano, a Lei Eloy Chaves – Decreto n. 4.682, de 24/01/1923 – criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) para os ferroviários. Três anos após, instituiu-se um decreto que estendia o conteúdo da Lei para os portuários e marítimos. As categorias de trabalhadores vinculadas às atividades urbanas foram as primeiras a se organizarem e se tornarem mais combativas. Percebe-se que os benefícios foram estendidos às categorias de acordo com a importância econômica que possuíam no período, considerando a predominância da economia agroexportadora (SILVA, 2015). Dessa forma, os anos entre 1923 e 1930 consistiram no primeiro período da história previdenciária brasileira, sendo marcado por um padrão de estrutura que se configurou nos anos posteriores (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

As CAPs eram organizadas pelas empresas e essas, juntamente com representantes dos empregados, formavam as comissões administrativas. O poder público fazia o controle à distância, de forma externa (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986). O presidente da república era responsável pela nomeação do presidente das Caixas. Os benefícios adquiridos abarcavam a assistência médica-curativa, com o fornecimento de medicamentos; a pensão para os dependentes; o auxílio funeral; e a aposentadoria (BRAVO, 2006). A assistência médica era uma atribuição fundamental do modelo previdenciário dos anos de 1920. Grande parte dos médicos eram terceirizados, contratados para realizarem o atendimento aos assegurados em seus consultórios (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Na década de 1930, a urbanização apresentava-se intensa e a massa trabalhadora em crescimento. As condições de sobrevivência dos trabalhadores eram precárias, gerando demandas por políticas sociais, inclusive por saúde. Era necessário que o Estado desse uma resposta à questão social de forma política e sistematizada, para além de medidas paliativas e policialescas. Nesse período, a política de saúde nacional era composta pela saúde pública e pela medicina previdenciária (LIMA e PINTO, 2003).

O modelo de Previdência Social da década de 1920 utilizou um padrão maior de despesa do que nos anos posteriores. Na década seguinte, os gastos com os segurados são reduzidos, inclusive no que se refere à assistência médico-hospitalar, demonstrando um modelo previdenciário mais restritivo em prol da acumulação de reservas financeiras. Esse modelo contencionista foi possibilitado, entre outros fatores, pelo autoritarismo imposto aos trabalhadores. Não obstante, a legislação criada no período, a priori definiu limites para a despesa com a assistência médico-hospitalar e farmacêutica e, depois, tirou a obrigatoriedade da prestação de serviços médicos, os quais passaram a ser prestados de acordo com a oferta das instituições (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Na década de 1930 ocorreu a unificação das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). O primeiro IAP criado foi o dos Marítimos, em 1933. Nos Institutos, a organização dos contribuintes passou a ser feita por categorias, não mais por empresa. Nesse período, começa a ocorrer um esboço do que seria a Política Nacional de Saúde, a qual se consolida a partir da década de 1940 (BRAVO, 2006). Nessa nova fase, o modelo de Previdência Social passou a não perceber a prestação dos serviços de assistência médica como obrigação das instituições previdenciárias, as quais se centralizaram no repasse de aposentadorias e pensões (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Ainda na década de 1930, teóricos passaram a defender a concepção de que a previdência deveria ser desvinculada à assistência, sendo a primeira vista como um modelo meramente de concessão de benefícios pecuniários. Se na década de 1920, a assistência médica era pensada como central e obrigatória nas instituições previdenciárias, no novo modelo entre os anos de 1930 e 1945, passou a ser vista como secundária e provisória. A Previdência Social contratava os serviços médicos por meio de instituições privadas, consultórios e pequenas clínicas com a finalidade de economizar recursos (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

A assistência médica previdenciária, da década de 1940 e dos anos posteriores, recebeu influências do modelo flexneriano, o qual era voltado para a assistência à doença de forma individual e não integral, com o uso de muitos equipamentos, medicamentos e indústria para produzi-los (SILVA e ALVES, 2007).

A partir de 1945, a concepção da assistência médica começa a se modificar. Anteriormente, vista como algo provisório e subsidiário, a atenção à saúde passou a ser assegurada pela Previdência Social. Isso é um reflexo do fim do Estado Novo – regime político fundado por Getúlio Vargas. As ideias de um modelo contencionista foram sendo abandonadas, em favor das reivindicações da população (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986). No final da década de 1940, Eurico Gaspar Dutra, o presidente do país no período, lançou o Plano SALTE, que consistia em um plano econômico para o estímulo das áreas de saúde, alimentação, transporte e energia. Embora o investimento na saúde tenha sido um dos principais objetivos do plano, o mesmo não foi implementado (BRAVO, 2006). Ainda sobre esse período, ocorreu o processo de investimento na saúde com ações, tais como, a compra de hospitais, ambulatórios e equipamentos pelos institutos e aumento da distribuição de medicamentos. Os IAPs passaram a ter os próprios hospitais (182). Portanto, o período que se inicia com o fim do Estado Novo até a unificação dos IAPs, em 1966, é marcado pelo rápido crescimento do setor próprio de assistência médica (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Em suma, na primeira metade do século XX, a saúde brasileira foi caracterizada pelo modelo sanitarista campanhista, no qual a preocupação estava voltada para a higienização dos portos e centros de importação e exportação. A saúde estava divida em pública e atenção médica liberal. A primeira consistiu em campanhas de caráter policialesco, impopular, higienizante e discriminatório. Enquanto que a atenção médica liberal se voltava aos proprietários de terras que chamavam os médicos para atenderem em suas residências e anos mais tarde, a saúde previdenciária ganhou espaço, fornecendo tratamento individual, curativo e hospitalocêntrico. Nesse período, muitas famílias foram retiradas de suas casas para a higienização dos espaços (CARVALHO, 2004).

A segunda metade do século XX foi marcada por uma conjuntura política de recessão, déficit público, inflação, crise fiscal, dentre outros, que intensificaram os desequilíbrios estruturais pelo enxugamento de recursos investidos na área social e consequentemente,

aumentando a necessidade de proteção social. Diante disso, o Estado impôs condicionantes para as decisões que afetassem a economia (VIANNA, 2001).

Na década de 1950 ocorreram mudanças na estrutura hospitalar privada, a qual passou a despertar forte interesse das empresas médicas, que contava com o auxílio da corporação médica para pressionar o Estado em defesa da privatização. Nesse período, os IAPs eram os principais fornecedores da assistência médica previdenciária (BRAVO, 2006).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde. Três anos após, criou-se o Ministério do Trabalho e da Previdência Social. No mesmo ano, promulgou-se a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), nº 3.807, que trouxe a uniformização da previdência social, por unificar os critérios de concessão de benefícios dos institutos e ampliar: o auxílio-natalidade, o auxílio-funeral, o auxílio-reclusão e a assistência social (SILVA, 2015). A LOPS consistiu em acontecimento relevante para o fim do modelo contencionista ao ampliar os benefícios e serviços para os segurados da Previdência (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986). Seis anos depois, os IAPs foram unificados, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), atual Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) (SILVA, 2015). A criação do INPS possibilitou que a cobertura previdenciária se expandisse entre a população urbana e rural em uma conjuntura baseada no complexo médico-industrial, com uma medicina curativa, individualista e assistencialista e que faz uso de muitos medicamentos e equipamentos. O foco do INPS foi mantido na assistência à saúde individual, enquanto que a saúde pública permaneceria sendo responsabilizada pelo governo. O modelo médico foi expandido com a compra de serviços aos hospitais privados, sem garantir, de fato, melhoria na qualidade da assistência à saúde (SILVA e ALVES, 2007).

1.2. A política de saúde brasileira: do golpe militar à redemocratização

Na década de 1950, o modelo sanitarista-campanhista perdeu espaço para a perspectiva desenvolvimentista, na qual afirmavam que o controle da doença e da miséria só seria possível com desenvolvimento econômico. Propunha-se um padrão tecnológico de forma racional, que integrasse as ações coletivas às individuais de saúde e realizasse serviços básicos permanentes, de forma planejada. A partir dos anos de 1960, essas propostas foram perdendo espaço para um modelo que centralizou a assistência médica comercializada, em detrimento da saúde pública, a

qual foi sucateada. Esse modelo recebeu intensa crítica, sendo o Movimento Sanitário relevante para a construção e difusão de uma política alternativa. O Centro de Estudos Brasileiros de Saúde teve papel importante para a publicação dessa ideologia (MERHY e QUEIROZ, 1993).

A ditadura militar, a partir de 1964, trouxe uma nova configuração para a saúde brasileira. Conforme afirma Bravo (2006), até os anos de 1970, a atenção do Estado para com a questão social foi à base da repressão-assistência. A política assistencial tinha o objetivo de manter a ordem social, por meio da mediação das tensões ocorridas na sociedade e assim, assegurar a acumulação do capital.

A intervenção do Estado contribuiu para a unificação dos IAPS em 1966, consistindo em um grande passo para a Previdência Social brasileira. A saúde ganhou cada vez mais características capitalistas, fazendo a medicina previdenciária emergir, em detrimento da saúde pública (BRAVO, 2006). Passa a vigorar no país o modelo assistencial privatista, o qual privilegiava a esfera privada. De acordo com Oliveira e Teixeira (1986, p. 207), a cobertura previdenciária se expandiu, atendendo a um maior público da área urbana e rural; a medicina curativa, individual, especializada e assistencialista foi priorizada; e o Estado se articulou às indústrias farmacêuticas e produtoras de equipamentos médicos, favorecendo os interesses do capital de comercializar a saúde. Nesse período, imperou o complexo médico-industrial, o qual se referia ao estágio em que se privilegiavam as práticas capitalistas das empresas privadas na saúde – que incluem a prestação de serviços mercantis, as companhias de seguros de saúde e as produtoras de insumos e bens, tais como, medicamentos e equipamentos de saúde (VIANNA, 2002). A intervenção do Estado na previdência foi orientada pela lucratividade do setor privado que prestava os serviços de saúde (BRAVO, 2006).

Durante a ditadura militar, a política de saúde foi tensionada por interesses antagônicos, que questionavam a ampliação dos serviços de saúde. Embora tenham realizado reformas na organização da política de saúde, essa permaneceu fortemente relacionada à Previdência Social (BRAVO, 2006). De um lado estava a posição conservadora defensora da lógica do mercado e de um Estado que atuasse apenas de modo “caritativo”. Do outro lado estava a posição reformadora, a qual era favorável à rede básica de serviços públicos de saúde de forma universal, que atendesse a toda a população, independente de contribuição previdenciária. Esse posicionamento teve embasamento na Conferência Alma-Ata, ocorrida em 1978, na qual as (os) participantes se apresentaram favoráveis à realização de serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada

(MERHY e QUEIROZ, 1993). O ano de 1977 trouxe a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o qual integrou a previdência social, a assistência social, a assistência médica e a gestão administrativa, financeira e patrimonial.

Na década de 1970, o discurso da Reforma Sanitária é disseminado entre determinados autores sociais. O Movimento de Reforma Sanitária foi um fenômeno histórico e social, que trouxe um conjunto de princípios e proposições políticas, constituído por intelectuais, trabalhadores e militantes que reivindicavam as dívidas sociais causadas pela ditadura militar, trazendo uma concepção crítica da saúde-doença e requerendo uma ampla reforma social. Esse movimento participou da luta pela construção de um sistema de saúde que pudesse transformar a realidade do país. Na década de 1980, esse Movimento foi adquirindo maior consistência (CARVALHO, 2004). Nesse contexto, se articulou luta social à produção de conhecimento. Paim (2009, p. 29) afirma que: "De um lado, engendravam a ideia, a proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira e, de outro, construíam um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva".

A Reforma Sanitária era crítica aos limites da Medicina Privativa e buscava alternativas à crise na saúde ocorrida na ditadura. Defendia a ocorrência de mudanças nas relações sociais por meio de propostas que articulassem princípios políticos. Não obstante, foi desencadeada em um contexto de crise hegemônica, mantendo a defesa na democratização do Estado e da sociedade. A VIII Conferência Nacional da Saúde ocorrida em 1986 foi primordial para a Reforma se configurar como um projeto, o qual possui parte expressa na Constituição Federal. O evento reuniu mais de quatro mil participantes, distribuídos em representantes dos sindicatos, partidos políticos, categorias de saúde, moradores etc. A saúde passou a ser vista como parte indissociável da sociedade e foi posta a necessidade de criação de um Sistema Único e da realização da Reforma Sanitária (BRAVO, 2006). Dessa forma, tratou-se de democratizar a saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde foi uma das conquistas do movimento, mas os governos precedentes à Constituinte foram incapazes de fazerem concretizar o processo da Reforma Sanitária, levando, conforme afirma Paim (2009), à implantação tortuosa do SUS. Os anos de 1980 marcaram o final do regime ditatorial e o início do processo de redemocratização brasileira. Apesar de o regime ditatorial ter chegado ao fim, seus reflexos puderam ser vistos pela população. Os anos seguintes foram caracterizados por uma onda conservadora e de retrocessos (BRAVO, 2006). Em 1988, promulgaram a Constituição que trouxe mudanças na estruturação da

Previdência, Saúde e Assistência, as quais foram unificadas no conceito de Seguridade Social (SILVA, 2015).

A elaboração e promulgação da Constituição de 1988 representou um forte avanço para os direitos sociais diante da conjuntura de crescente desigualdade social. Em relação à saúde, a Assembleia Constituinte foi tensionada por dois segmentos detentores de interesses antagônicos: os grupos empresariais, interessados no lucro que poderiam alcançar, e entre os defensores da Reforma Sanitária. O texto final apresentado na Carta Magna demonstra as aspirações do movimento sanitário, mas não as contempla de forma total (BRAVO, 2006). O reconhecimento pela Constituição da saúde como direito e dever do Estado foi um passo crucial para a cidadania. Agora a saúde não deveria ser privilégio dos segurados pela Previdência, mas oferecida a todas (os), conforme o artigo 196, da seção II (BRASIL, 1988): "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".

A Constituição (BRASIL, 1988) dispõe da Seguridade Social no Capítulo II, artigo 194, conceituando-a como "um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". Dessa forma, almeja-se a ampliação da democracia e do acesso pela população. A solidariedade social é posta também como um marco, pois ultrapassa a lógica de seguro privado (SILVA, 2015). No Brasil, de acordo com a última Constituição, a Seguridade Social integra a Previdência, a Saúde e Assistência Social. A afirmação dessas políticas na Carta Magna possibilitou a expansão de ações, mecanismos mais sólidos de financiamento e um modelo de gestão mais propício para cada área, respondendo a reivindicações que ganharam peso ainda nos anos de 1970 (VIANNA, 2001). A Carta Magna dispõe, também, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde como as ações e serviços públicos de saúde que formam uma rede de caráter regionalizado, hierarquizado e descentralizado (SILVA, 2015). Foi disposto, também, que a participação do setor privado na saúde seria feita de forma complementar, realizada, principalmente, por entidades filantrópicas (BRAVO, 2006).

Os anos de 1990, dada à abertura democrática, trouxeram a regulamentação do tripé da Seguridade Social por leis e ministérios distintos. Em 1989, o Instituto Nacional de Previdência Social foi transformado em Instituto Nacional de Seguro Social (VIANNA, 2001). A Seguridade

Social foi organizada por leis. A Lei nº 8.080/1990 foi responsável pela saúde, as Leis nº 8.212 e 8.213/1991 criaram o Plano de Organização e Custeio da Seguridade Social e o Plano de Benefícios da Previdência Social. A Assistência Social foi tratada pela Lei Orgânica de nº 8.742/1993 (SILVA, 2015).

O texto constitucional reflete as aspirações do movimento sanitário, ainda que nem todas as demandas tenham sido contempladas. A partir de 1988, as forças políticas comprometidas com a Reforma Sanitária foram perdendo espaço devido à conjuntura política, que demonstrava o retrocesso dos direitos conquistados (BRAVO, 2006).

Nos anos de 1990, o Estado passou a ser fortemente influenciado pelo neoliberalismo, o que representou um ataque aos avanços conquistados na Constituição (BRAVO, 2006). A campanha privatizante foi fortemente disseminada, embasada na justificativa de que segmentos da área social eram os responsáveis pelo déficit público e pelo gasto estatal, afirmando que o setor público seria a fonte responsável pela corrupção. O pensamento neoliberal culpabilizava o Estado pela crise econômica. Esses argumentos foram utilizados em virtude da lógica de mercantilização dos direitos. Entretanto, o mercado possuía e possui pouca capacidade de autorregulação, existindo devido à intervenção estatal. Pautado em uma propaganda falaciosa de "menos intervenção estatal e mais mercado", o neoliberalismo se contradiz, uma vez que o mercado não consegue administrar sua própria crise, buscando refúgio no Estado. O contexto da década era de uma sociedade atingida pela recessão. A concepção fortemente disseminada era de que tudo estava perdido, permeado de corrupção. A sociedade apresentava-se imersa em conflitos (NOGUEIRA, 1998).

O Estado necessitava urgentemente de uma reforma em sua base e na cultura organizacional que trouxesse a concepção de um novo modelo destituído de privatização e que funcionasse a serviço do povo. Seria necessário articular forças políticas, instituições democráticas e intelectuais universitários capazes de propor estratégias concretas para conter a inflação e dissolver a especulação. A Reforma política seria a possibilidade de construir um regime democrático (NOGUEIRA, 1998). Contudo, o Plano Diretor da Reforma do Estado foi dirigido por Bresser Pereira, para o qual, o Brasil necessitava de uma disciplina fiscal, privatização e liberdade comercial. Esse Plano apresenta um componente tecnocrático e voluntarista, distante de um debate político com a sociedade. Segundo Bresser, o Estado deveria ter um papel econômico suplementar. Os serviços sociais deveriam ser executados pelas

organizações públicas não estatais. Os defensores da privatização a justificavam como: atrativa para capitais, reduzindo a dívida externa; propiciadora de preços mais acessíveis para os consumidores; e fornecedora de maior qualidade nos serviços e eficiência das empresas, que se demonstravam ineficientes quando controladas pelo Estado. Nesse contexto, a contrarreforma, incorporada como projeto de governo via o Plano Diretor da Reforma do Estado, delineia-se como a tentativa da liberalização comercial, de privatizações, de estabilização monetária pelo Plano Real e de reforma da administração pública. Para FHC, a crise brasileira da década de 1990 ocorreu devido à crise do Estado, o qual se desvirtuou de suas funções básicas, juntamente com a intensificação da crise fiscal e da inflação. Esse governo foi marcado por uma profunda falta de democracia. Houve um número elevadíssimo de decretos-leis e medidas provisórias, configurando em um estilo autoritário-tecnocrático na produção de políticas, representando um abismo entre o povo, o governo e os políticos (BEHRING, 2003).

A hegemonia neoliberal brasileira tem configurado um cenário de regressão de direitos sociais e trabalhistas, assim como tem provocado a desestruturação e precarização do trabalho e o sucateamento dos serviços sociais, inclusive da saúde. O modelo de saúde estabelecido pela Constituição tem sido alvo de ataques pelos interesses do mercado. O Estado, com o argumento de reduzir custos, tem optado pela refilantropização para a prestação de serviços à sociedade. No que se refere ao SUS, há um governo omisso para regulamentá-lo e fiscalizá-lo, refletindo no desrespeito aos princípios da equidade, universalidade, integralidade, descentralização e controle social. Há o tensionamento entre o projeto de reforma sanitária, resultante da década de 1980, e o projeto de saúde privatista, articulado aos interesses do capital, que passa a ser dominante na década de 1990. O primeiro é resultado da mobilização de profissionais da saúde juntamente com o movimento popular, defende um Estado democrático e de direito, que realize políticas e que garanta o SUS. O segundo projeto está relacionado ao mercado e orientado pela Política de Ajuste, a qual defende um Estado mínimo, com cortes no gasto social, atuação focalizada e ampliação do setor privado (BRAVO, 2006).

1.3. O SUS na atualidade

Atualmente, a configuração do SUS, apesar de ter apresentado avanços em relação à saúde ofertada nas décadas anteriores, ainda apresenta lacunas para se alcançar o que preconiza a

Constituição. A concepção do SUS universal tem perdido espaço para os defensores de práticas focalistas (BRAVO, 2006, p. 20). O clientelismo político, a falta de profissionais de saúde, de equipamentos e medicamentos, e a gestão obsoleta são obstáculos que têm dificultado a materialização dos princípios do SUS (PAIM, 2009).

As conquistas adquiridas com a Seguridade Social não se mantiveram estáticas, sendo alvo de tensionamento dos interesses de setores econômicos e sociais. A conjuntura neoliberal tem sido marcada pelo enxugamento dos recursos destinados ao social e de condicionantes para o recebimento de diversos benefícios (SILVA, 2015). Em relação ao SUS, é necessária, ainda, muita luta e união dos movimentos sociais para que seja alcançado um Sistema democrático, universal, efetivo e integral a fim de assegurar a saúde como direito de todas (os) (PAIM, 2009).

De acordo com San't Helena et al. (2013), desde a criação do SUS, o sistema tem passado por tensionamentos que envolvem as esferas política, administrativa, econômica e social. A saúde como direito de todas (os) e dever do Estado tem enfrentado o desfinanciamento. A redução no orçamento da União destinado à saúde implica em uma assistência distante dos princípios da integralidade e universalidade. A privatização estatal tem adquirido espaço nessa política, repercutindo no fortalecimento dos planos privados de saúde, em contrapartida ao atendimento público. Nessa perspectiva, os planos privados de saúde foram fortalecidos. Sobre os problemas para o avanço do SUS, San't Helena et al. (2013, p. 09) afirmam:

> [...] são frutos da forma histórica de organização dos serviços providos pelo Estado, como: o envolvimento com as relações de fisiologismo, o patrimonialismo, o não reconhecimento da saúde como direito social e sim um direito contributivo, a privatização por grupos e corporações organizadas, o predomínio do modelo de atenção clássico e curativo e financiamento equivocado que não priorizou serviço de promoção e nem a ampliação em serviços públicos.

Os problemas estruturais da saúde pública brasileira são divulgados por veículos midiáticos de forma a desconsiderar o histórico de lutas e a reforçar a lógica do Estado mínimo neoliberal, que apoia a mercantilização dos direitos. Assim, a crise tem sido apresentada pelos setores privados como problema gerencial e não estrutural, induzindo a população a acreditar que a possível solução para a saúde seria transferir a gestão do SUS para as empresas privadas (SANT' HELENA et al., 2013).

A lógica fomentada pelo neoliberalismo é de que a solução para esses desafios na saúde estaria na iniciativa privada controlando o SUS. As Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), surgidas no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), na década de 1990, consistiram em passos significativos para a transferência da gestão dos serviços públicos de saúde para o setor privado, abrindo espaço para as diversas tentativas de privatização no SUS. Dessa forma, desresponsabiliza-se o Estado e privatiza-se o espaço público. Com as Organizações Sociais de Saúde, as relações trabalhistas tendem a se precarizar, uma vez que as empresas passam a se responsabilizar pela contratação de funcionários, podendo abster-se de concursos públicos, aumentando a rotatividade e reduzindo os salários. Não obstante, os bens e serviços não necessitam de processo licitatório para serem adquiridos e as (os) funcionárias (os) são pressionadas (os) pela lógica da produtividade, seguindo a vertente do capital, na qual a quantidade é priorizada, em detrimento da qualidade e há a focalização das ações. Dessa forma, a concepção da gestão privada é assumida (SANT' HELENA et al., 2013).

Atualmente, a inciativa privada se apresenta em diferentes formas na saúde, tais como por meio de planos de saúde e de convênios com o SUS. Dessa forma, as OS e as OSCIPs trabalham na perspectiva do capital, em prol de metas e redução de gastos, transferindo as responsabilidades que deveriam ser do poder público. No governo de Lula surge outra forma de privatização dos serviços sociais, as Fundações Estatais de Direito Privado. Sant'Helena et al. (2013) colocam que a atual forma de privatização do SUS tem ocorrido por meio da EBSERH, a qual teve a criação baseada na justificativa de que o governo necessitaria racionalizar gastos e despesas, e aumentar a produtividade e qualidade dos serviços prestados pelos hospitais universitários. Não obstante, o Governo Federal afirma que a Empresa em questão foi criada devido à urgência em regularizar os funcionários terceirizados dos hospitais universitários.

De acordo com a Lei nº 12.550 de 15 de dezembro de 2011, a EBSERH possui personalidade jurídica de direto privado e patrimônio próprio. Essa empresa tem contribuído para a flexibilização dos direitos dos trabalhadores dos serviços públicos. A contratação ocorre pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). De acordo com March (2012, p.8), "as atividades de ensino, pesquisa e assistência desenvolvidas nos hospitais universitários (HUs) serão definidas pelo MEC e pela EBSERH". Em vista a essa afirmação, pode-se questionar a participação da Universidade, a qual possui suma importância nesse processo com os projetos institucionais e

político-pedagógicos que apresenta. March (2012, p. 8) avalia ainda, que as atividades de ensino e pesquisa dos HUs poderão ocorrer por meio de convênios e contratos com as empresas que compõem o complexo médico-industrial. Dessa forma, o conhecimento e a formação de trabalhadores estarão sujeitos aos interesses mercantis, prejudicando as (os) usuárias (os) de saúde também. Portanto, a criação da EBSERH foi uma forma de mascarar a privatização, uma vez que os hospitais universitários continuam intitulados como patrimônio público.

Apesar da existência do SUS, o Brasil se apresenta como um dos países com mais iniquidades na saúde, as quais são conceituadas como desigualdades de saúde entre segmentos da população que poderiam ser evitadas. Essas iniquidades provêm das desigualdades socioeconômicas. As condições precárias de vida e de saúde reduzem a liberdade ao limitar a capacidade de escolha diante de possibilidades concretas. Nesse viés, as iniquidades devem ser combatidas por meio de intervenções nos determinantes sociais geradores das mesmas, extrapolando a esfera da saúde (CNDSS, 2008).

Segundo Soares (2014), há alguns eixos estruturadores da racionalidade da contrarreforma na política de saúde que podem ser apontados: Saúde e desenvolvimento – marcada pelas Parcerias Público-Privadas (PPPs) e pela expansão do mercado em detrimento do direito à saúde; Redefinição do público estatal – afirma-se a privatização institucionalizada do sistema; Novos modelos e instrumentos de gestão – assegura a defesa da tecnificação da gestão para a resolução dos problemas do SUS. Esses eixos configuram tendências no SUS marcadas pela tecnificação da política de saúde; a ampliação restrita do sistema; uma assistência de forma precarizada; superexploração do trabalho e uma saúde precarizada.

Diante das expressões da contrarreforma na saúde, é necessária a união dos trabalhadores para pressionarem o Estado em busca de novos direitos e de assegurar a permanência e ampliação dos que foram conquistados. As (Os) profissionais de saúde devem se conscientizar e analisar a conjuntura na qual o Brasil se encontra, a fim de criar estratégias de intervenção que possibilitem um atendimento humanitário, que garanta os princípios e diretrizes do SUS.

2. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O Serviço Social é uma profissão liberal oriunda da especialização do trabalho coletivo, inscrita no marco da divisão social e técnica do trabalho, que apresenta caráter contraditório por estar inserido no âmbito de interesses de classes sociais distintas e antagônicas. A profissão surgiu pela demanda do capital, diante do desenvolvimento do capital industrial e da expansão urbana (IAMAMOTO, 1983). Portanto, as mudanças históricas que afetam o mercado de trabalho, também perpassam o Serviço Social (IAMAMOTO, 1998). Dessa forma, de acordo com Iamamoto (1998, p. 22), a (o) assistente social "é um trabalhador especializado, que vende a sua capacidade de trabalho para algumas entidades empregadoras, predominantemente de caráter patronal, empresarial ou estatal, que demandam essa força de trabalho qualificada e a contratam".

O trabalho das (os) assistentes sociais pode contribuir para o processo de redistribuição da riqueza socialmente produzida. Conforme exemplifica Iamamoto (1998), na esfera estatal, ao prestar serviços públicos, essas (es) profissionais participam desse processo na disputa pelo fundo público.

O trabalho é a categoria de mediação entre mulheres, homens e natureza, sendo fundamental à reprodução humana, pois por meio deste, os seres sociais podem elaborar algo útil e suprir suas necessidades. Com essa atuação, o homem e a mulher modificam tanto a si próprios, quanto a natureza. Não obstante, o trabalho é feito exclusivamente por seres sociais, pois esses, diferentemente dos animais irracionais, fazem uma prévia-ideação, tomam consciência do trabalho antes de realizá-lo. Assim, o trabalho é a categoria fundante das (os) humanas (os), pois atende a necessidade da sociedade: humanas (os) produzirão o necessário para manterem-se e até o supérfluo. Não obstante, fazem o trabalho de forma a apresentar a determinação ontológica do ser social, na qual os indivíduos transformam o mundo natural e a subjetividade, resultando em novas necessidades e na descoberta de capacidades. Portanto, a categoria trabalho possui centralidade na vida dos seres sociais (IAMAMOTO, 1998).

Os processos de trabalho requerem matéria-prima ou objeto, meios ou instrumentos de trabalho e atividade prática do trabalho. Esses elementos básicos se tornam presentes ao analisar-se o exercício profissional da (o) assistente social inserido em processos de trabalho (IAMAMOTO, 1998).

O Serviço Social, inserido em processos de trabalho, tem na questão social, em gênese e expressões, o objeto de trabalho. Apreende-se questão social como:

> O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade [...] Questão Social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. (IAMAMOTO, 1998. p. 27).

As múltiplas expressões da questão social são (re)produzidas em meio a processos sociais que possuem particularidades nas vidas dos sujeitos. A compreensão da realidade social pelas (os) assistentes sociais é condição essencial para o conhecimento do próprio objeto de intervenção. Quanto às políticas sociais públicas, essas são respostas à questão social, contudo, são incapazes de as explicarem por si só (IAMAMOTO, 1998).

Em relação aos meios de trabalho no Serviço Social, esses não se reduzem ao somatório de técnicas. Iamamoto (1998, p. 62) afirma que "as bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho". Isso por possibilitar o conhecimento para a compreensão da realidade e orientar a ação profissional. Dessa forma, os conhecimentos e habilidades adquiridos ao longo da formação atuam como componentes dos meios de trabalho (IAMAMOTO, 1998).

Ainda que o Serviço Social seja regulamentado como profissão liberal, a (o) profissional conta com uma relativa autonomia, uma vez que não detém todos os meios para a realização de um trabalho autônomo. As (Os) assistentes sociais dependem de meios e recursos disponibilizados pela instituição contratante. Essa estabelece metas, funções e participa da organização do processo de trabalho. Não obstante, a atuação dessas (es) profissionais depende também do Estado. Cabe ressaltar que esse trabalho deve ser realizado coletivamente, em articulação com outras (os) profissionais (IAMAMOTO, 1998).

Como profissão regulamentada, o Serviço Social dispõe de projeto profissional, que segundo Netto (1999), possui dimensão coletiva, que apresenta a autoimagem da profissão, por trazer os valores, objetivos, funções e requisitos para o exercício profissional; assim como as bases das relações dessas (es) profissionais entre si, com outras categorias, com as instituições e com as (os) usuárias (os) dos serviços sociais. Não obstante, responde às dimensões políticas e possui dinamicidade, em meio a transformações econômicas, históricas e culturais e ao desenvolvimento teórico e prático profissional (NETTO, 1999).

Os projetos profissionais devem ter sua base fortemente organizada e são construídos por um sujeito coletivo, formado pela categoria profissional e outros membros que contribuem para a realização da profissão, constituindo um corpo heterogêneo e plural. Ressalta-se que a afirmação de um projeto societário ou profissional não se desvincula às contradições presentes na sociedade ou na categoria profissional. Sempre haverá segmentos que proporão projetos alternativos ao vigente (NETTO, 1999).

O atual projeto ético-político do Serviço Social possui como valor central a liberdade, definida como possibilidade de escolha entre alternativas concretas. Esse projeto se posiciona favorável à equidade, à justiça social, à ampliação da cidadania e ao acesso aos bens e serviços de forma universal. Dessa forma, se posiciona antagonicamente à ofensiva neoliberal, a qual tem sido responsável pelo processo de regressão de direitos no Brasil. Assim, para que esse projeto profissional possa permanecer, é necessário o fortalecimento do movimento democrático e popular (NETTO, 1999).

A atual conjuntura neoliberal demonstra um processo de intensa regressão de direitos que se expressa em várias políticas, inclusive na saúde, devido a uma racionalidade que legitima a atuação do mercado, em detrimento da garantia de direitos, e considera os investimentos do Estado na sociedade e as conquistas sociais acumuladas, como formas de gastos sociais a serem reduzidos. Esse cenário tem configurado traços de inoperância e fragmentação das políticas públicas, consistindo em entraves para a universalização e na precarização do mercado de trabalho. Dessa forma, as (os) assistentes sociais, inscritos no marco da divisão social e técnica do trabalho como trabalhadores liberais, têm sentido os efeitos adversos do atual projeto societário que limita a atuação profissional, inclusive no campo da saúde. Os recursos, as condições e os meios de trabalho se veem cada vez mais restritos para a utilização em políticas sociais (IAMAMOTO, 2009).

Na concepção neoliberal, reitera Iamamoto (1998), se reproduz um discurso conservador atribuindo status de modernidade, qual seja, elencar o interesse privado como a solução de todos os problemas sociais, deixando o Estado isento das responsabilidades que deveria ter, mas como Estado de classe, mantém o atendimento aos interesses das classes dominantes. Isso também é verificado como desafio para o Serviço Social. Ainda que haja direitos assegurados pela Constituição de 1988, as (os) assistentes sociais lidam com a falta de recursos para atender as (os) usuárias (os).

O cenário contemporâneo tem apresentado significativas alterações econômicas, políticas e culturais, redimensionando a divisão internacional do trabalho, em um contexto de crise do capital iniciada na década de 1970. Como estratégia de manutenção do sistema, realiza-se uma ampla reestruturação produtiva, a qual impacta diretamente nas relações trabalhistas, resultando em desemprego e subemprego. Conforme Iamamoto (1998, p. 17):

> [...] Amplia-se a população sobrante para as necessidades médias do próprio capital, fazendo crescer a exclusão social, econômica, política e cultural de homens, jovens, crianças, mulheres das classes subalternas, hoje alvos de violência institucionalizada.

Dessa forma, as expressões da questão social têm sido intensificadas.

Iamamoto (1998) afirma que as mudanças referidas afetam não só trabalho, mas o Estado e as políticas públicas, que configuram em novas condições de trabalho das (os) assistentes sociais, gerando a necessidade de se repensar a formação e o fazer profissional dessa categoria, para a formulação de respostas que abarquem as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. Diante disso, as condições de vida das (os) usuárias (os) também têm sido afetadas.

O trabalho das (os) assistentes sociais não se reduz à execução de políticas sociais. Atualmente, é demandado à (ao) profissional, também, formular e avaliar políticas públicas e realizar a gestão de políticas sociais – com estímulo à participação das (os) usuárias (os) – as quais necessitam de uma atuação profissional que ultrapasse a rotina burocrática para que o trabalho não seja reduzido a emprego, mas que envolva o exercício de forma a compreender a totalidade e refletir sobre as possibilidades de intervenção na realidade, materializando-as por meio de projetos (IAMAMOTO, 1998).

O exercício da profissão é, segundo Iamamoto (1998, p. 20), "uma ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais". Para tanto, é necessário que a (o) profissional consiga orientar a atuação de forma crítica e reflexiva no cotidiano. Heller (1989) compreende o cotidiano como o espaço do acontecer histórico do ser social, no qual se concentra a vida do indivíduo. Segundo a autora, essa esfera é a vida de produção e reprodução de todos. A vida cotidiana é insuprimível, pois é nela que o indivíduo se socializa, assimilando hábitos e costumes, todavia, é possível suspendê-la. De acordo com Netto (NETTO, 1987), a vida cotidiana se caracteriza: pela heterogeneidade, uma vez que os indivíduos não se concentram plenamente na realização de uma atividade, ocorrendo a intercessão das

atividades realizadas pelos seres sociais; pela imediaticidade, na qual ocorre a relação direta entre o pensamento e a ação; e pela superficialidade, marcada pela não mobilização de toda a atenção e força dos indivíduos. Não obstante, revela um pensamento repetitivo e acrítico. No cotidiano, o indivíduo se relaciona com a sociedade de forma espontânea e automática, sem refletir muito sobre suas ações. O indivíduo age em resposta às suas necessidades de reprodução, de forma a comportar-se com repetições automáticas, deixando as mediações ocultas, sem apreendê-las, ainda que elas existam. A resposta instantânea é reação direta entre o pensamento e a ação (HELLER, 1989).

É na vida cotidiana que se dá a atuação profissional. Portanto, as (os) assistentes sociais devem estar atentas (os) para não realizarem uma intervenção baseada na aparência dos fatos e na imediaticidade, mas que seja de forma crítica, voltada para a análise da totalidade, compreendendo as (os) usuárias (os) como componentes de um todo, e não sujeitos isolados. É preciso compreender que a realidade não se limita à soma dos fatos e sua interpretação jamais será neutra. De acordo com as características apresentadas na cotidianidade, pode ocorrer com que demandas das (os) usuárias (os) fiquem implícitas, por isso é necessário realizar uma análise bem fundamentada, segundo o projeto ético-político e aprendidas durante a formação profissional para que se ultrapasse a aparência (VASCONCELOS, 2009). É necessário ser, conforme Vasconcelos (2009, p. 256):

> Um profissional que compreenda a lógica e as leis fundamentais da organização social capitalista, sua complexidade e contradições na geração da questão social e como essa lógica impacta as relações sociais e os indivíduos apreendendo os mecanismos de exploração e de dominação.

Segundo Bravo e Matos (2006), o conceito amplo de saúde, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde em 1948, abriu espaço para a requisição de diversas (os) profissionais na área, entre as (os) quais, as (os) assistentes sociais estavam inseridas (os). Vinculado a isso, enfatizou-se o trabalho em equipe interdisciplinar. Nesse contexto, as (os) assistentes sociais realizavam atividades de cunho educativo sobre hábitos de higiene e saúde.

No período em que a assistência médica previdenciária possuía maior espaço, em detrimento da saúde pública, o lócus de atuação das (os) assistentes sociais na saúde se concentrava nos hospitais e nos ambulatórios, dessa forma, as ações eram orientadas à esfera curativa e hospitalar. Até a década de 1960, ainda que parte da categoria de assistentes sociais questionasse o pensamento hegemônico, não possuía força o suficiente para causar mudanças. A

partir de então, o questionamento sobre o conservadorismo profissional começou a ganhar força. Contudo, a ditadura militar provocou o enfraquecimento do debate (BRAVO e MATOS, 2006).

O cenário configurado com o regime militar impôs novas formas de repressão para as (os) trabalhadoras (es), configurando em novas demandas para o Serviço Social, fazendo submergir uma perspectiva modernizadora, a qual tenta adequar a profissão às tendências políticas da época. A modernização referida causou influências no Serviço Social na saúde, consolidando a prática curativa e a assistência médica previdenciária, a qual era a maior empregadora das (os) profissionais em questão. Essa vertente modernizadora seguiu na década de 1970 (BRAVO e MATOS, 2006).

Em meados da década de 1970, conforme já apresentado, o movimento de reforma sanitária adquiria avanço frente ao setor privado, e suas propostas tiveram relevante influência na concepção de saúde pela Constituição Federal de 1988. Nesse período, o Serviço Social se concentrava no processo interno de negação da atuação tradicional na categoria. A década de 1980 representou o início da maturidade profissional e o crescimento na fundamentação teórica. Contudo, essas mudanças não foram o suficiente para que na década seguinte o Serviço Social apresentasse avanços na prática institucional (BRAVO e MATOS, 2006).

O projeto profissional hegemônico no Serviço Social e o projeto de reforma sanitária encontraram nos anos de 1990 um modelo societário a ser confrontado, o neoliberalismo. Esses apresentaram diferentes demandas ao Serviço Social (BRAVO e MATOS, 2006).

Segundo Bravo e Matos (2006), o projeto privatista, orientado pela lógica neoliberal, tem demandado às (aos) assistentes sociais a realização de seleção socioeconômica das (os) usuárias (os), assim como a ação fiscalizatória das (os) que possuem plano de saúde e o assistencialismo, reforçando as práticas individualistas e a concepção do favor. Isso reflete uma política fragmentada e subordinada aos interesses do capital. Contudo, o projeto de reforma sanitária tem requisitado à (ao) profissional um trabalho voltado para a democratização do acesso aos serviços e às unidades de saúde, de forma humanizada, coletiva e interdisciplinar (BRAVO e MATOS, 2006).

De acordo com Borges et al. (2010, p. 03), ainda que o SUS tenha apresentado muitos avanços à saúde da população, ainda há muitas condições a serem superadas, “dentre as quais constam a demanda reprimida/exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual”.

Diante desse cenário, as (os) assistentes sociais são desafiadas (os) a romperem com as práticas conservadoras – que incluem as formas alienadas de agir e pensar impostas pelo capitalismo – para que haja um processo socioeducativo, capaz de possibilitar o acesso a bens e serviços como direito, não como mercadoria (VASCONCELOS, 2009). Para tanto, Iamamoto (1998) afirma ser necessário romper com a perspectiva endógena e focalista, em busca de uma análise que compreenda as relações sociais, de modo a conseguir identificar as particularidades da profissão e melhor situá-la no contexto histórico. É importante um olhar ampliado, capaz de identificar as mediações e formular estratégias e propostas criativas para o fazer profissional. Iamamoto (1998, p. 19) ressalta: "enfim, ser um profissional propositivo, e não só executivo".

As (Os) assistentes sociais são reconhecidas (os) como profissionais da área de saúde na resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Não obstante, na resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383, de 29 de março de 1999 consta a caracterização dessa categoria como profissionais de saúde. Dessa forma, é fornecido o aparato legal para a atuação das (os) assistentes sociais nesse setor (SILVA e SILVA, 2013).

De acordo com Bravo e Matos (2006), até o início do século XXI, a saúde foi marcada como o espaço sócio ocupacional que mais absorveu assistentes sociais. Nesse campo, os processos de trabalho das (os) assistentes sociais ocorrem na mediação à saúde individual e coletiva das (os) usuários por meio do acesso a bens e serviços que possibilitem a materialização dos demais direitos vinculados (CAMARGO e MACIEL, 2008). De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010, p. 41), essas (es) profissionais realizam o atendimento direto à (ao) usuária (o) em espaços como:

> Unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

Nesses espaços, as (os) assistentes sociais têm sido desafiadas (os) cotidianamente para exercerem uma atuação segundo o projeto ético-político e os princípios e diretrizes do SUS.

2.1 A atuação das (os) assistentes sociais na atenção à saúde

A saúde se configura de diferentes maneiras pelo mundo. Os sistemas de saúde se reconstroem e se desenvolvem de acordo com as necessidades da população e dos interesses do mercado, portanto, são mutáveis (DEMARZO, 2010). Trata-se da disputa de interesses pela saúde por setores diversos que buscam a hegemonia, a qual, segundo Gramsci é construída historicamente, variando de acordo com a disputa entre as forças, que envolve o uso de estratégias como a argumentação e a persuasão para que a sociedade aceite o cenário social como algo natural (MORAES, 2010).

Dermazo (2010) afirma que a melhoria do acesso ao sistema e a promoção de atividades de modo integral, equitativo, democrático e participativo são preocupações que perpassam o Estado brasileiro. Pensar na melhor forma de organização do Sistema Único de Saúde requer a análise das necessidades da população brasileira.

Os sistemas de saúde são formados pela articulação de recursos e conhecimentos para o atendimento das demandas da população. Nesse âmbito, é importante resgatar o conceito de atenção à saúde, a qual é compreendida como as atividades que envolvem ações individuais e coletivas, de forma integral e intersetorial, que objetivam a manutenção da saúde e que agem nos determinantes do processo saúde-doença. Não obstante, é complexa, multideterminada e é objeto de atuação dos serviços de saúde (DEMARZO, 2010).

Eugênio Mendes Vilaça (2011) trata as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como organizações que reúnem ações e serviços de saúde de forma articulada e interdependente, sem hierarquia entre os componentes, com base territorial, com missão e objetivos compartilhados e que ofertam a atenção contínua, integral e humanizada à população. Não obstante, são coordenadas pela atenção primária.

Um dos objetivos do Sistema Único de Saúde é a promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de ações assistenciais e atividades preventivas (BRASIL, 1990). No SUS, a atenção à saúde foi descentralizada, tonando-se mais específica, para facilitar a triagem dos casos. A divisão passou a apresentar os níveis primário, secundário e terciário, que representam diferentes complexidades. O nível primário abarca as Unidades Básicas de Saúde, nas quais são marcados os exames e as consultas, consistindo na porta de entrada do SUS, em que deve ser

resolvida a maior parte dos problemas de saúde, para que em última instância, sejam referenciados para o nível seguinte. O nível secundário é composto por clínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais escolas. Enquanto que no terciário encontram-se grandes hospitais públicos e privados (SOUZA, 2013).

A atenção primária à saúde muitas vezes tem sido utilizada como sinônimo de atenção básica para designar o primeiro nível de atenção à saúde. Essa última expressão é oficializada pelo Governo Federal. Há autores que compreendem que esses conceitos possam ser usados como sinônimos. O SUS utiliza a expressão atenção básica na regulamentação das normas operacionais. Nesse trabalho, os termos serão usados como sinônimos (MELLO et al., 2009).

O Ministério de Saúde compreende a atenção básica como "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação" (BRASIL, 1998). A atenção básica brasileira é caracterizada pela capilaridade e descentralização, para que as (os) usuárias (os) possam ter o primeiro contato, preferencialmente. Para tanto, se orienta pelos princípios de universalidade, da equidade, da humanização, da participação social e da acessibilidade, dentre outros, além de enfatizar o cuidado, o vínculo e a continuidade (DALPIAZ e STEDILE, 2011). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012, p. 19):

> A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

A atenção básica conta com uma rede de profissionais na qual as (os) assistentes sociais fazem parte. Esse nível de atenção faz uso da Saúde da Família, prioritariamente, para se organizar e reorientar o modelo assistencial de saúde. Na década de 1990, iniciou-se o Programa de Saúde da Família (PSF). Após esse ser implantado, foi a vez do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PSF se expandiu e atualmente não se denomina de programa

por não possuir tempo determinado para acabar, mas de Estratégia Saúde da Família (ESF), por ser contínua, criada para enfrentar a crise do modelo médico-hegemônico, o qual não contemplava os princípios do SUS, uma vez que mantinha a assistência médica individualizada, curativa e pouco voltada ao social. Dessa forma, a ESF surgiu em 2006 como desafio para superar as práticas de saúde orientadas pelo modelo flexneriano[1] e reorganizar a atenção primária (OGATA et. al, 2009).

A ESF conta com a equipe de saúde da família que direciona a atuação para a "promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde da população adstrita, com ações que buscam uma atenção integral à saúde, estabelecendo vínculo com a comunidade". Dessa forma, a família é o núcleo básico no atendimento, assim como os determinantes sociais, para um atendimento integral (OGATA et. al, 2009, p. 821).

As equipes da Estratégia realizam o trabalho em territórios determinados, que abrangem áreas de risco, as quais demandam prioridades específicas, que exigem intervenção planejada para assegurar a equidade e garantir direitos com a promoção, prevenção e proteção de saúde, em detrimento de ações curativas. As ações são focadas nas famílias, de forma a compreender a totalidade em que estão inseridas e os determinantes de saúde. Nesse contexto, existem as Unidades de Saúde da Família destinadas à atenção contínua na proteção social básica, composta por equipe multiprofissional, consistindo na porta de entrada da população aos serviços públicos de saúde. A equipe da Unidade de Saúde da Família realiza visitas domiciliares e o cadastramento das famílias. Essa equipe é formada, geralmente, por um (a) médico (a) generalista, um (a) enfermeiro (a), um (a) técnico (a) em enfermagem e agentes comunitários, variando o aumento de profissionais de acordo com as demandas. Até então, as (os) assistentes sociais não estão entre as (os) profissionais obrigatórias (os) na composição dessa equipe (DALPIAZ e STEDILE, 2011). Contudo, em dezembro de 2015, foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 428/15, o qual dispõe da inclusão obrigatória de assistentes sociais nas equipes e núcleos da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2015).

[1] O modelo flexneriano foi adotado de acordo com as recomendações de Abraham Flexner e baseava-se no paradigma biológico para a compreensão dos fenômenos vitais, reduzindo a saúde à ausência de doença e adotando a assistência médica curativa e individual (SCHERER et al., 2005).

Algo essencial para a prática de saúde é o atendimento humanizado, por propiciar uma melhor relação entre as (os) profissionais de saúde e as (os) usuárias (os). A humanização representa uma mudança na perspectiva do trabalho e das pessoas, compreendendo a história da (o) usuária (o). O Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão na Saúde (PNH) foi criado em 2004 com o objetivo de propiciar um cuidado acolhedor e integral, melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e usuárias (os), assim como valorizar os direitos e compreender as particularidades de determinados grupos sociais (OGATA et. al, 2009).

O atendimento humanizado preconiza o acolhimento e o vínculo entre a equipe de saúde e as (os) usuárias (os) dos serviços, por contribuírem para a melhoria do acesso, propiciando o diálogo entre os mesmos e a participação dessas (es) como sujeito ativo do seu cuidado. O vínculo possibilita a permanência no atendimento e na participação social, ao incentivar as (os) usuárias (os) a participarem ativamente pela mudança no SUS, em espaços como conselhos de saúde – que também estão entre os campos de atuação das (os) assistentes sociais. Pelo acolhimento, realiza-se um atendimento humanizado da população, que ao procurar por determinado serviço, poderá ser ouvida em uma escuta qualificada, na qual suas necessidades poderão ser identificadas, de forma que a equipe multiprofissional possa buscar resolubilidade (OGATA et. al, 2009).

A atenção à saúde requer o resgate dos termos de universalidade e acessibilidade. O acesso da população aos serviços de saúde está intrinsecamente relacionando à universalidade, compreendida como a possibilidade de ingressar e de utilizar os serviços de saúde, de forma a concretizar o direito social e a envolver elementos sociais, políticos e econômicos. A acessibilidade, como princípio do SUS, é compreendida pelo direito de todas (os) as (os) cidadãs (os) a terem acesso às ações e aos serviços de saúde nos vários níveis de complexidade, livre de discriminação. Conforme afirmam Moscon e Krüger (2010, p. 97), “possibilitar o acesso significa promover a cidadania, a inclusão social; significa modificar a realidade das famílias, melhorando sua qualidade de vida e suprindo necessidades concretas de saúde”.

A atenção à saúde, na forma preconizada pelo SUS, tem repercutido na criação e materialização de vários programas e serviços, que, consequentemente, têm contribuído no aumento da demanda por profissionais de diversas especialidades, inclusive, assistentes sociais, representando mudanças significativas no acesso à saúde (MOSCON e KRÜGER, 2010).

No cenário de tensões em disputa pelo SUS, em meio à hegemonia do projeto neoliberal, atua a (o) assistente social na saúde. O SUS ampliou a atuação dessas (es) profissionais em diversas atividades que envolvem a promoção da saúde, o controle social, o planejamento e gestão, a assessoria, a capacitação, a saúde do trabalhador, dentre outras. Acrescenta-se que o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial tem possibilitado o aumento da presença de assistentes sociais (MOSCON e KRÜGER, 2010). As atividades interdisciplinares possibilitam que temas, antes negligenciados no âmbito da saúde, sejam levantados entre as (os) profissionais, tais como violência, questões de gênero, etnia e participação social, dentre outros (KRÜGER, 2010).

De acordo com Krüger (2010), cabe refletir a participação das (os) assistentes sociais no trabalho em equipe, que possuem suma importância por se apresentarem como diferencial em relação às (aos) outras (os) profissionais, devido à formação acadêmica que lhes permitem realizar reflexões sobre as condições de saúde que abordam a totalidade social. Contudo, as (os) assistentes sociais lidam com a falta de conhecimento de suas atribuições e competências por outras (os) profissionais, as (os) quais lhes requisitam diversas ações que não lhes competem, tais como são apontadas nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010, p. 24):

- Marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- Solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- Identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- Pesagem e medição de crianças e gestantes;
- Convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- Comunicação de óbitos;
- Emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.

Segundo Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), percebe-se que as atribuições supracitadas consistem em ações de caráter técnico-administrativo ou requerem o conhecimento técnico específico não contemplado na formação das (os) assistentes sociais. O aumento na demanda de usuárias (os) da saúde e o número insuficiente de profissionais

de diversas especialidades também contribuem para que as (os) assistentes sociais fiquem sobrecarregadas (os) com ações que não são de suas atribuições.

Diante da situação apresentada, as (os) profissionais de Serviço Social devem esclarecer suas atribuições e competências na instituição em que trabalham por meio de reuniões, seminários, encontros, debates, dentre outras formas de comunicação em grupo (CFESS, 2010).

Hoffmann (2007) afirma que a saúde como um dos espaços de atuação das (os) assistentes sociais requer dessas (es) profissionais a problematização do cotidiano e a história das (os) sujeitas (os) atendidas para compreender de que forma a saúde tem sido materializada.

As diversas demandas que chegam para as (os) assistentes sociais na atenção básica têm sido espontâneas, individualizadas ou encaminhadas por outras (os) profissionais do SUS. Essas demandas envolvem as necessidades sociais e de saúde, compreendida de forma ampliada (MOSCON e KRÜGER, 2010).

Na ESF, as (os) profissionais de Serviço Social não fazem parte da equipe básica, mas compõem a equipe de apoio. Apesar disso, o trabalho das (os) assistentes sociais é crucial na cotidianidade para compreender a realidade social, as pessoas que acessam à ESF, a origem e as demandas, para que se possa realizar o planejamento das ações profissionais que respondam às necessidades surgidas. É importante traçar o perfil social, de forma que se tenha o conhecimento do gênero, da cor, da renda, da faixa etária, da escolaridade, da situação de moradia e condições de trabalho que as (os) usuárias (os) possuem. Realizam-se atendimentos individuais e grupais, encaminhamento e trabalho em equipe (MOSCON e KRÜGER, 2010).

Nos níveis de atenção à saúde, frequentemente ocorrem relatos de usuárias (os) que possuem dificuldade no agendamento de consultas e na marcação de exames; obstáculos para se chegar à Unidade de Saúde, seja por falta de condições financeiras para o transporte ou por não poder sair de casa devido à existência de familiares dependentes da companhia, tais como crianças ou idosos; há também pacientes que se negam a fazer a internação hospitalar ou cirurgia, devido à falta de familiares para acompanhá-los; e há profissionais que fazem uso de linguagens muito técnicas, dificultando a compreensão da (o) usuária (o) (MOSCON e KRÜGER, 2010).

Há relato em estudo, no qual usuárias (os) saem da consulta com a (o) especialista em saúde e, por não compreenderem a informação, pela forma como foi transmitida, ao retornarem ao posto de saúde, não sabem relatar o problema e a forma como o medicamento necessário para o tratamento foi receitado. As situações citadas fazem com que as (os) usuários, por não

conhecerem as competências das (os) assistentes sociais, acabem recorrendo a essas (es) profissionais para que "solucionem" o entrave de acesso à saúde. São demandas que chegam para as (os) profissionais de Serviço Social acompanhadas de necessidades sociais. Na atenção básica, essas necessidades se referem à concepção ampla de saúde, ultrapassando o processo saúde-doença, ao abranger a educação, a Seguridade Social (além da Saúde, surgem questões relacionadas aos direitos previdenciários e à Assistência Social), o trabalho (desemprego e trabalho precarizado que comprometem a qualidade de vida) e a habitação (falta de moradia ou em condições precárias de sobrevivência). Não obstante, demandas que não são resolvidas em outros serviços, devido à burocratização, à falta de recursos de programas e de profissionais, recorrentemente têm chegado ao Serviço Social na atenção básica. Esses exemplos demonstram o quanto a desigualdade social interfere no acesso aos serviços sociais. Há também o desconhecimento por parte das (os) cidadãs (aos) quanto aos direitos que possuem e como reivindicá-los (MOSCON e KRÜGER, 2010).

Moscon e Krüger (2010) afirmam que um dos muitos desafios das (os) profissionais de Serviço Social é fazer com que as demandas das (os) usuárias (os) ganhem visibilidade pública para que o direito estabelecido pela Constituição seja assegurado.

Araújo e Bezerra (2005) asseguram haver diversos determinantes no processo saúde-doença. O agravamento da questão social, expresso de diversas formas como na precarização do trabalho, baixa renda, falta de habitação, de saneamento básico, de alimentação e de educação, dificultam o alcance da qualidade de vida. Consequentemente, é reforçado o contingente de pessoas adoecidas, que cotidianamente buscam os serviços de saúde trazendo demandas que ultrapassam a capacidade de ação desse setor, refletindo as mazelas produzidas pelo capitalismo. Conforme apontam Araújo e Bezerra (2005, p. 07):

> [...] A inserção dos assistentes sociais está visceralmente vinculada às relações capitalistas da sociedade brasileira, cujas políticas de saúde têm sido, de forma crescente, alvo de cortes nos recursos financeiros que se refletem na atenção à saúde na chamada ponta da linha, bem como à forma como são organizados os processos de trabalho para responder as demandas que se colocam como objeto de atenção [...].

As (Os) assistentes sociais no âmbito da atenção à saúde de média e alta complexidade podem realizar observações, acolhimento, acompanhamento das (os) médicas (os) e enfermeiras (os) ao leito, além das visitas médicas para possibilitar o contato com a realidade das (os) usuárias (os) e a identificação das demandas (RODRIGUES et al., 2011).

Bezerra (2004, p. 8) aponta as demandas recorrentes ao Serviço Social do Complexo hospitalar e de atenção à saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte:

- Esclarecer aos acompanhantes sobre a relação usuário/família e usuário/ hospital (direitos, deveres, normas e rotinas, etc);
- Esclarecer e orientar sobre o quadro clínico do interno;
- Interpretar as prescrições e orientações dos médicos e demais profissionais;
- Tratar com os familiares o horário estabelecido para as visitas.
- Solicitar o uso de eletrodomésticos (TV, ventilador);
- Reclamar sobre consultas que não foram realizadas.
- Solicitar a marcação de exames de alta complexidade;
- Solicitar vagas em outros hospitais, quando lota a capacidade;
- Solicitar ambulância para hospitais de urgência;
- Tratar dos problemas das pessoas sem meios de transporte para locomoção;
- Resolver problemas de pessoas sem condições financeiras para garantir refeição ou pernoite;
- Pedir aos médicos o preenchimento de receitas controladas;
- Orientar as pessoas que solicitam esclarecimentos e orientações sobre previdência social;
- Processar a intermediação entre profissionais e internos para auxiliar no atendimento aos pacientes;
- Emitir parecer social dos casos encaminhados pelas varas civil e criminal;
- Viabilizar transferências;
- Tratar da alta hospitalar;
- Tratar de óbitos;
- Supervisionar estágio em Serviço Social;
- [...] Tratar com internos de alta sem ninguém para vir buscá-los;
- Tratar com internos que não recebem visitas;
- [...] Solicitar marcação de exames sofisticados [...].

As demandas supracitadas também são recorrentes ao Serviço Social em outras instituições da área de saúde pelo Brasil. As (Os) assistentes sociais realizam a mediação entre as (os) profissionais, as (os) usuárias (os) e as instituições de saúde, tais como os hospitais, contribuindo para a viabilização do acesso aos direitos sociais. Muitas vezes essas demandas surgem quando outros setores não conseguem solucionar o problema apresentado pela (o) usuária (o). Para responder às demandas que surgem, essas (es) profissionais necessitam ter uma compreensão ampliada: da instituição em que prestam serviço e quanto aos programas e aos projetos envolvidos; da realidade da população atendida, como o perfil das (os) usuárias (os) – faixa etária, sexo, raça, renda, escolaridade, moradia etc – e as necessidades sociais; dos problemas de saúde mais recontes entre as (os) atendidas (os); dentre outros pontos, a fim de contribuir para elencar melhores formas de intervenção e realizar capacitação contínua para oferecer respostas de forma competente ao que lhe é requisitado, tornando a atuação profissional mais efetiva (ARAÚJO e BEZERRA, 2005).

Segundo Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), dentre as demandas que aparecem para as (os) assistentes sociais cotidianamente, que abrangem a dimensão das ações socioassistenciais, pode-se citar a solução quanto ao atendimento, no que se refere à marcação de consulta e exames, assim, como a internação; e reclamações referentes ao atendimento negligente. Muitas das demandas que chegam a essas (es) profissionais na atenção básica de saúde também são identificadas na atenção de alta e média complexidade, relativas à condições de vida: desemprego, acidente de trabalho, falta de moradia, violência urbana e doméstica, dentre outras, que exigem um atendimento que possua dimensão socioeducativa e que ultrapasse a esfera burocrática.

Nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010) também constam as principais ações realizadas por essas (es) profissionais no âmbito da assistência, dentre as quais estão: a democratização de informação por meio de orientação (individual e coletiva) e a realização de devidos encaminhamentos sobre os direitos sociais das (os) usuárias; a identificação do perfil e da situação socioeconômica que pode ser feita pela realização da avaliação socioeconômica; o trabalho com as famílias das (os) atendidas (os) para o fortalecimento de vínculos; e o registro dos atendimentos em prontuário para facilitar a informação sobre as (os) usuárias (os) para a intervenção.

Krüger (2010) coloca que apesar de as (os) assistentes sociais na área de saúde não prescreverem ou se responsabilizem pela dispensação de medicamentos, têm recebido, recorrentemente, essas demandas pelas (os) usuários. Essas (es) são orientadas a recorrerem na justiça, caso não consigam os medicamentos. É importante que a judicialização seja vista de forma politizada, como um direito reivindicado.

De acordo com Martinelli (2011), as (os) profissionais de Serviço Social ao trabalharem diretamente com as (os) usuárias (os) no atendimento das (os) internadas (os) nos hospitais – as (os) quais se encontram em situação de vulnerabilidade e fragilidade – devem realizar a escuta de modo atento e acolhedor, de forma a garantir o protagonismo dessas (es) sujeitas (os). Assim, o atendimento humanizado se faz essencial e pode se dar com a realização de práticas interdisciplinares, éticas e de respeito à vida.

Leal et al. (2013) discorrem acerca da participação da (o) assistente social no plantão em âmbito hospitalar como o momento de identificar as (os) usuárias (os) e familiares a serem atendidos prioritariamente, tais como idosas (os). Afirmam que a entrevista é fundamental nesse

processo para poder identificar as demandas. Ressalta que as (os) profissionais em questão não resumem a atuação a respostas imediatas, uma vez que as situações apresentadas são estruturais.

Os hospitais universitários (HU) também consistem em espaços de atuação das (os) assistentes sociais. Essas instituições possuem relevância significativa no ensino das equipes de saúde e nos tratamentos disponibilizados pelo SUS (TORO, 2005). Contudo, têm enfrentado nas últimas décadas, o desafio de manter a missão que possuem, devido ao interesse do setor privado sobre a saúde, que tem repercutido na redução da resolutividade institucional e na qualidade dos serviços prestados, de forma a intensificar a precarização das condições de trabalho e das (os) trabalhadoras (es). Ainda que haja insuficiência dos recursos para o atendimento, há aumento na demanda de usuárias (os) provenientes de municípios e cidades que não recebem os determinados serviços prestados nos hospitais universitários (MIRANDA, 2011).

Amaral (2008) cita algumas ações realizadas pelas (os) assistentes sociais nos HUs, as quais são o acolhimento das (os) usuárias (os) e dos familiares, as entrevistas, as informações acerca do funcionamento do hospital e sobre os direitos trabalhista e previdenciário. Afirma que há ações emergenciais referentes ao fornecimento de vale-transporte, cesta-básica e roupas, por exemplo. Os alimentos e vestimentas chegam ao hospital por meio de doações.

Embora haja uma série de semelhanças no que se refere à atuação profissional do Serviço Social nos hospitais de forma geral, por se caracterizarem como serviços de alta complexidade na atenção à saúde, os hospitais universitários apresentam algumas especificidades que podem alterar as correlações de forças, o acesso ao serviço e a luta pela ampliação do atendimento integral em saúde.

No caso específico do Hospital Universitário de Brasília, a EBSERH assinou contrato com a UnB em dezembro de 2012, causando reações contrárias de funcionários e estudantes. Esses ainda questionam o convênio firmado e preocupam-se com a possível perda da função acadêmica do hospital, acreditando que a empresa possa firmar um processo de privatização no HUB (GOMES, 2014).

Por ter sido a instituição onde se realizou o estágio supervisionado de Serviço Social, em 2014, o HUB foi um espaço privilegiado para observação das demandas e dificuldades de acesso por parte das usuárias (os), bem como das mudanças institucionais em decorrência da vinculação à EBSERH. Ao adquirir autonomia no estabelecimento de critérios para o acesso aos serviços, observa-se que tal acesso passou a se dar via encaminhamentos para determinadas especialidades

médicas[2], alterando a obrigatoriedade do atendimento universal às (aos) usuárias (os), e por consequência, ferindo os princípios do SUS.

Os atendimentos no HUB, atualmente, são voltados às áreas de média e alta complexidade, que incluem os transplantes, os cuidados intensivos e as especialidades de clínica médica, cirurgia, pediatria, pediatria cirúrgica, obstetrícia e ginecologia. Há, ainda, atividades de baixa complexidade relacionadas à saúde bucal. O Hospital Universitário de Brasília atende a 28 especialidades na saúde. O atendimento na clínica requer que o usuário tenha o cartão do SUS e do HUB (EBSERH, 2016), contudo para que a inscrição seja feita, há uma fila de espera que pode demorar horas, causando desconforto às (aos) usuárias (os), conforme vivenciado no período de estágio supervisionado (RELATÓRIO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO, 2014).

Ademais, conclui-se que independentemente da instituição de saúde em que a (o) profissional de Serviço Social atue, deve-se ressaltar a necessidade da capacidade crítica de perceber e investigar a realidade, de realizar ações de caráter socioeducativo, de fomentar a participação social, orientando-se, sempre pelo projeto ético-político e pelos princípios do SUS (CFESS, 2010).

3. SUPERAÇÃO DA ESTIGMATIZAÇÃO E PRECONCEITO NO ATENDIMENTO NA POLÍTICA DE SAÚDE

3.1 Os desafios no acesso aos serviços de saúde

O conceito de acesso à saúde é complexo e varia entre as (os) autoras (es), de acordo com o contexto empregado. Contudo, pode ser feita uma linha de concordância entre ambos. Há estudiosos que explicam o termo centralizando na oferta, outros, nas características das (os) indivíduos e há aqueles que orientam a explicação na relação entre os indivíduos e os serviços ofertados (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Travessos et al. (2006) conceituam acesso como a possibilidade das (o) usuárias (os) fazerem uso dos serviços de saúde quando necessitarem. Não obstante, afirmam que (2004, p. 191) a acessibilidade "refere-se às características dos serviços e

[2] Como consta na página da EBSERH, "considerando o plano operativo do HUB, [...] o Centro de Ambulatórios atende, em suas vagas existentes para primeira consulta, apenas os pacientes com encaminhamento médico para a especialidade desejada, que pode ser de outro serviço de saúde (particular ou público) ou de outro médico do próprio HUB". Disponível em <http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/consultas-e-exames>.

dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários". Inclui, também, a forma como as (os) profissionais de saúde e os recursos tecnológicos se adequam às necessidades postas pela (o) paciente, à possibilidade de iniciar o tratamento e continuá-lo. Pode ser dada, ainda, outra definição para acessibilidade e acesso. A primeira seria relativa às características da oferta de serviços e a segunda seria como o público percebe isso. Dessa forma, são termos importantes para compreender as variações no uso dos serviços de saúde e assim, a importância da equidade.

O uso dos serviços de saúde se refere ao contato direto, que envolve as consultas médicas e as hospitalizações, e ao contato indireto, do qual fazem parte os exames preventivos e os diagnósticos (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

A capacidade de acesso tem enfrentado barreiras que envolvem, de maneira geral, a falta de disponibilidade dos serviços em determinadas regiões geográficas; a condição debilitada dos recursos humanos, financeiros e materiais (tais como a falta de profissionais especializados, de medicamentos e equipamentos de saúde); e o modelo de atenção à saúde (que ainda apresenta diversos profissionais com atuação de caráter curativo e hospitalocêntrico) (TRAVASSOS et al., 2006).

Uzelli et al. (2012, p. 208) colocam que:

> A avaliação da facilidade com que o indivíduo consegue um atendimento adequado às suas necessidades de saúde reflete intimamente a qualidade do sistema de saúde do país. Inúmeros fatores influenciam este acesso: transporte, poder aquisitivo, educação, distância, relação população/ número de serviços de saúde, etc.

Os autores completam, ainda, que o longo período de espera para o atendimento pode comprometer a adesão ao tratamento e interferir na saúde da (o) usuária (o), repercutindo no estado físico, emocional e social. Não obstante, a dependência por transportes coletivos pode prejudicar a continuidade do tratamento, devido às condições insatisfatórias do serviço. Pode ocorrer das (os) pacientes terem dependentes como idosas (os) e crianças em casa e, por não poder deixá-las (os) sozinhas (os), não comparecem à consulta. Ou, também, da própria pessoa a ser consultada necessitar de acompanhante para se deslocar e não tê-la (o).

Travassos et al. (2006) apontam em estudo que no Brasil, o acesso e a utilização dos serviços de saúde tem se apresentado bastante desiguais entre as classes sociais. Nesse viés, Massignam et al. (2015) afirmam que pertencer à baixa posição socioeconômica é uma das razões mais comuns para a discriminação nos cuidados de saúde. A condição de baixa renda pode afetar

a saúde de diversas maneiras. Podem ser exemplificadas as condições insatisfatórias de moradia, no que se refere à habitação, à água potável e ao saneamento básico. A população mais pobre tende a morar em zonas periféricas com condições precárias de vida que interferem na saúde. Outra questão é que mesmo havendo serviços preventivos de saúde, falta a possibilidade concreta de acesso daquelas (es) que moram em regiões mais distantes. Dessa forma, a população mais vulnerável socioeconomicamente possui maiores dificuldades para acessar os serviços preventivos de saúde e os tratamentos. Por outro lado, pessoas com maior renda tendem a ter maior acesso à educação, podendo ser instruídas a terem hábitos saudáveis (SANTOS et al., 2012).

A política de saúde deve trabalhar na eliminação dos obstáculos financeiros entre as (os) usuárias (os) e os serviços de saúde ofertados e no enfrentamento à mercantilização desse direito (ASSIS e JESUS, 2012). Portanto, as necessidades da população acometida por dermatoses[3] devem ser compreendidas para além da concepção biológica. A dimensão socioeconômica precisa ser considerada para não somente realizar ações de saúde para a satisfação de necessidades postas, mas buscando interferir positivamente no plano dos determinantes sociais de saúde. A qualidade de vida dessas (es) usuárias (os) deve se elevar com o investimento em políticas de educação, renda, habitação, dentre outras para buscar garantir oportunidades concretas de acesso aos direitos (VIEIRA, 2010). Analisar o acesso aos serviços de saúde também é importante para verificar se o SUS está com funcionamento adequado (UZELLI et al., 2012).

Moretti-Pires (2009) aponta que o atendimento médico tem sido reduzido, prescritivo e desarticulado do trabalho em equipe. Ressalta que a atuação profissional da (o) médica (o) sobre a (o) paciente tem desconsiderado os aspectos sociais envolvidos. O autor expõe trechos de entrevistas realizadas com médicos da ESF:

> Não se trata só da questão da doença. É a moradia, higiênico-sanitária. Neste ponto, o médico não tem como atuar. Não é responsabilidade dele. Isso é para o governo, para os profissionais da assistência social. Mas não do médico. (Sujeito 2)
> Às vezes o paciente não consegue seguir uma orientação nossa. Então não tem como tratá-lo. (Sujeito 4)
> O paciente que não tem uma boa adesão ao tratamento é um paciente problemático. Quando o paciente assume o compromisso de receber o tratamento médico, também tem que assumir o compromisso de seguir certo o que o médico fala. Porque o médico sou eu, ele tem que aceitar. (Sujeito 3). (MORETTI-PIRES, 2009, p. 158)

[3] Dermatoses são problemas de saúde que podem incidir de forma primária na pele ou como doença sistêmica (Alves et al., 2007).

As falas revelam profissionais de medicina com pensamento curativo e com pouca compreensão dos determinantes sociais em saúde. A (O) médica (o) deve ter um olhar crítico para compreender que determinada (o) paciente atendida (o) poderá ser encaminhada (o) ao Serviço Social. Para Moretti-Pires (2009, p. 155) "há necessidade de profissionais que lidem com determinantes sociais de saúde, articulando a atuação profissional de maneira intersetorial com a realidade adscrita". Dessa forma, se faz importante a existência de profissionais preparadas (os) para perceber a (o) paciente para além da perspectiva biológica, mas com uma dimensão humanizada e social.

Afirma-se a necessidade de fortalecer o atendimento no nível primário de atenção à saúde. Muitas (os) pacientes no nível terciário não realizam acompanhamento com o nível anterior ou se realizam, por vezes é inadequado. Isso faz com que o nível terciário de atenção fique sobrecarregado. Portanto, a equidade e a hierarquização, como princípios do SUS, necessitam ser aplicados com mais veemência. Uzelli et al. (2012, p. 212) colocam que: "A busca direta pelo nível terciário acontece por vários motivos: dificuldade de acesso aos níveis primários, serviço ineficaz, qualidade ruim do atendimento e cultura da população em ser atendida em hospitais". Complementam que a falta de profissionais, de vagas e de serviço também podem ser motivos para as (os) usuárias (os) não serem atendidas (os) pelo nível primário.

As desigualdades de acesso são apontadas por Assis e Jesus (2012) como os principais problemas para que o SUS seja materializado conforme os pressupostos da legislação. A construção de uma consciência cidadã, capaz de lutar e pressionar o Estado, será o diferencial para que a população acesse a saúde de forma a suprir as reais necessidades.

O acesso à saúde também resulta da qualidade do atendimento, a qual é determinante para a permanência no tratamento (UZELLI et al., 2012). Portanto, as (os) profissionais devem ser qualificadas (os) a adotarem uma postura de humanização para perceber as necessidades das (os) usuárias (os) no acolhimento e respondê-las. Não obstante, se deve discutir as relações do preconceito não apenas no âmbito do estigma à doença, mas articuladas à discussão de renda, classe social e outros fatores marcados pela desigualdade. O atendimento deve ser realizado a partir de uma perspectiva ética, a fim de possibilitar um acesso de qualidade e livre de posturas preconceituosas, independente da patologia tratada, da raça, da etnia, da religião e da classe social a que pertençam as (os) pacientes.

Travassos et al. (2006) afirmam em estudo que nas áreas urbanas do Brasil, a maior parte de pessoas que interrompem as atividades diárias por motivos relacionados à saúde são mulheres, com baixa escolaridade e baixa renda, residentes no Norte e Nordeste. Acrescentam que o aumento da escolaridade e da renda são proporcionais às chances do uso dos serviços de saúde. Outros estudos (Alves et al., 2007; Budel et al., 2006; Travessos e Martins, 2004; Uzelli et al., 2012) confirmam que as mulheres tendem a apresentar maior predisposição de uso dos serviços de saúde, se comparadas aos homens. Há predominância do baixo nível de renda e de escolaridade. Em levantamento das (os) usuárias (os) atendidas (os) entre janeiro e maio de 2014 pelo Serviço Social na dermatologia no estágio supervisionado, os resultados demonstraram que a maioria do público atendido era formada por mulheres residentes no Distrito Federal ou no Goiás, com pouco nível de estudo, cor parda e de baixa renda (RELATÓRIO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO, 2014).

Além de pacientes da saúde, as mulheres têm se apresentado como cuidadoras de seus familiares que fazem o tratamento no hospital. Esse fato pode estar associado às relações de dominação patriarcais, em que o cuidado é socialmente visto como uma prática feminina (PINHEIRO et al., 2002; GOMES et al., 2007). Não obstante, a procura masculina por serviços de saúde é menor que a feminina. Gomes et al. (2007) apontam em estudo que os homens justificam essa baixa procura, também, pela falta de tempo, devido ao trabalho; pela vergonha de se expor à (ao) profissional; e pela falta de unidades específicas para cuidados com o homem.

3.2 O estigma de pacientes acometidas (os) por dermatoses

As (Os) pacientes de dermatologia apresentam determinada peculiaridade. São desafiados cotidianamente, pois além de enfrentarem as dificuldades no acesso à saúde, vivenciam o preconceito da sociedade sobre a doença enfrentada. Os problemas de pele podem causar diversos sintomas, sequelas e ainda originar outras doenças, afetando diversas áreas da própria vida e dos familiares, inclusive a autonomia enquanto sujeito, as relações de trabalho, os hábitos cotidianos etc. De acordo com a literatura, muitas (os) pacientes que possuem doenças crônicas de pele visíveis são vítimas de preconceitos historicamente construídos (GON et. al., 2005).

Há dermatoses que são caraterizadas como doenças graves, podendo comprometer a rotina e até interferir na mobilidade das (os) acometidas (os). É necessário, portanto, um cuidado especial e uma atenção diferenciada, capazes de fornecer a acessibilidade requerida por esse público e garantir atendimento e tratamento que supram as necessidades específicas, materializando o princípio da equidade no SUS (ASSIS e JESUS, 2012).

Cada doença pode possuir significados culturais diversificados. Há problemas de saúde que são frequentemente estigmatizados pela sociedade e outros não. Dessa forma, as enfermidades são inseridas em um contexto social, no qual ocorre o estigma como resposta a determinadas patologias e aos sinais que possuem (MONTEIRO e VILLELA, 2007). A formação sociocultural pode até tentar explicar atitudes de discriminação, mas não as justificam. Portanto, o desvalor em questão necessita ser problematizado e debatido, a fim de se identificar possibilidades para sua desconstrução. A discriminação é o preconceito em ação por meio da realização de práticas que ganham legitimidade com a crescente banalização das múltiplas formas de opressão e dominação. As pessoas são alvos de preconceitos por não incorporarem o padrão dominante imposto (HELLER, 1989).

As pessoas acometidas por determinadas doenças, como as dermatoses, têm sofrido um processo de exclusão social. Ainda que apresentem o direito à saúde, o estigma no qual vivenciam tende a comprometer o tratamento e os resultados esperados. Trata-se de pacientes que não só enfrentam a dificuldade para manter a doença sob controle, mas que também são desafiadas (os) cotidianamente a lidar com o preconceito da sociedade, muitas vezes até dos próprios parentes e dos profissionais de saúde.

Além do desconforto físico gerado pela doença em si, da nova rotina devido ao tratamento e a novas formas de cuidado, cujos efeitos nem sempre são imediatos, as pessoas acometidas por dermatoses também devem lidar constantemente com a discriminação da sociedade. Portanto, é crucial que essas (es) pacientes verbalizem os sentimentos em relação à doença e à sociedade com profissionais adequadas (os) (GON et al., 2005).

Silva et al. (2008, p. 12) afirmam que:

> A expectativa de não poder mais fazer o que fazia antes, limitado pela doença, faz com que o sujeito se sinta inferior, diferente, desqualificado, situação que atinge sua esfera psicológica interferindo em todo o quadro de saúde e possibilitando a existência de um círculo vicioso que, muitas vezes, precisa de auxílio profissional para ser rompido.

Segundo Gon et al. (2005), a palavra “stigma”, de origem grega, é conceituada como sinal ou marca física que indica determinada falha moral sobre o indivíduo, portanto, seria uma característica explícita que apontasse algo vergonhoso. Dessa forma, esse conceito era utilizado pelas (os) gregas (os) pejorativamente. O estigma às (aos) pacientes com dermatoses ocorre principalmente com aquelas (es) que possuem sintomas e sequelas visíveis, em comparação às (aos) que possuem alterações em áreas não expostas.

De acordo com Siqueira e Cardoso (2011), Goffman foi pioneiro no estudo do estigma na concepção social. As pessoas categorizam umas as outras baseadas em uma série de atributos tidos como comuns, instituindo como os seres humanos deveriam ser. É criado, então, o estereótipo do que seria um indivíduo normal. Aquelas (es) que possuem atributos que não condizem à normalidade tendem a ser estigmatizadas (os). Dessa forma, estigma é um processo estabelecido socialmente, no qual as pessoas vitimadas são vistas em uma posição de inferioridade, ainda que apresentem conquistas.

A dimensão igualitária está distante da relação entre pessoas não estigmatizadas e as que são. Siqueira e Cardoso (2011, p. 08) afirmam que “uma pessoa dentro de uma categoria da qual ela não é esperada pode ser tolerada, mas não aceita totalmente”. Mesquita et al. (2001) apontam que as expressões mais frequentes de preconceito são a intolerância, a indiferença e a não universalização dos valores morais. Esses pontos ferem a universalidade e igualdade. As pessoas intolerantes não aceitam as diferenças da (o) próxima (o), enquanto que as indiferentes não possuem solidariedade àquelas (es) que não pertencem ao seu grupo. Afirmam ainda que preconceito é produto das relações sociais baseadas em valores que são cotidianamente reproduzidos. Não obstante, a reprodução do preconceito contribui para a manutenção da sociedade capitalista, consolidando a hegemonia de um projeto de caráter opressor e excludente.

Expõe-se as palavras de Heller (1989, p. 60):

> Por mais difundido e universal que seja um preconceito, sempre depende de uma escolha relativamente livre o fato de que alguém se aproprie ou não dele. Cada um é responsável pelos seus preconceitos. A decisão em favor do preconceito é, ao mesmo tempo, a escolha do caminho fácil no lugar difícil, o “descontrole” do particular-individual, a fuga diante dos verdadeiros conflitos morais, tornando a firmeza algo supérfluo.

Portanto, é necessário que as pessoas saiam da postura de comodismo para que deixem de enraizar os preconceitos reproduzidos pelo senso comum e que passem a compreender que a diferença é uma condição humana.

Há pacientes que buscam esconder os sinais da doença, tais como manchas e escamações da pele, para evitar a vivência de situações adversas e constrangedoras, por pessoas preconceituosas (GON et al., 2005). O confronto com os próprios estereótipos também é um desafio para as (os) pacientes de dermatologia. Em estudo feito por Baialardi (2007), há relatos de pacientes que escondem o diagnóstico devido ao pânico que isso poderá trazer a quem as (os) cercam. A questão é mais sensível ainda quando as (os) pacientes acometidas (os) são crianças. Os pais apresentam dificuldades para explicar o problema de saúde e a lidar com os desafios enfrentados pelo preconceito que as (os) filhas (os) sofrem. Pais e mães também sofrem com a estigmatização social (GON et al., 2005).

Telles et al. (2008) afirmam que o auto estigma ocorre quando as pessoas que sofrem de estigmas identificam essas concepções contra si, sentindo-se culpadas pelo problema de saúde apresentado. Há o sentimento de vergonha, fazendo com que a pessoa incorpore o julgamento da sociedade para si próprio, justificando-o. O sofrimento do preconceito faz com que pessoas tenham medo de seguir o tratamento e omitam o problema de saúde que possuem. Dessa forma, a percepção do senso comum sobre as dermatoses possui uma estreita relação com valores morais reproduzidos nessa sociedade. De acordo com Telles et al. (2008), o estigma vivenciado pela apresentação de determinadas doenças envolve as relações sociais, trabalhistas e familiares. A rejeição da sociedade às pessoas acometidas por dermatoses tende a causar isolamento das mesmas, configurando em fator limitante na carreira profissional. Silva (2010) coloca que há pacientes que perdem o emprego por causa do problema de saúde que enfrentam ou mesmo, deixam de conseguir algum trabalho. As condições trabalhistas podem contribuir para intensificar o desenvolvimento da doença. É necessário que essas (es) pacientes contem com apoio profissional, familiar e de amigas (os), uma vez que além do físico alterado, possuem o suporte emocional abalado.

O estigma da doença faz com que as (os) acometidas (os) se sintam incapazes de ser produtivas (os) e de terem alguma função social. Possuir um emprego além de possibilitar o suprimento das necessidades básicas, possui importância para ressignificar a identidade dessas (es) usuárias (os), minimizando o estigma que vivenciam (VOLZ et al., 2015).

A reestruturação produtiva do capital e a acumulação flexível interferiram sobre as relações de produção e as relações sociais. Segundo Antunes (2011), as transformações advindas a partir da década de 1990 no Brasil contribuíram para a flexibilização do trabalho, ampliando as

formas mais desreguladas de emprego, em um processo de regressão de direitos trabalhistas. Assim, houve aumento de condições informais de trabalho. As pessoas com dermatoses passam a enfrentar o duplo desafio no mercado de trabalho: o estigma da doença e a falta de capacitação para trabalhar.

A união e pressão dos trabalhadores sobre o Estado e as (os) empregadoras (es) é preciso para que nenhum direito conquistado seja retirado. Antes do direito do trabalho, a enfermidade da (o) trabalhadora era motivo de demissão. Atualmente, a classe trabalhadora é amparada pela legislação, contudo é elevado o número de relação informal de empregados, na qual os direitos respeitados. O auxílio doença e a aposentadoria por invalidez constituem em medidas importantes para a garantia de renda, mesmo em situação incapacitante, porém, é disponibilizado apenas para contribuintes da previdência. Contudo, a legislação existente não é o suficiente para que as (os) trabalhadoras (es) que possuem determinadas doenças não sejam estigmatizadas (os) no próprio ambiente de trabalho, ainda que o quadro clínico não interfira na qualidade do trabalho realizado (COUTINHO, 2001). No contexto da contra reforma iniciada na década de 1990, as (os) trabalhadoras (es) têm vivenciado um processo de negação e mercantilização dos direitos, os quais incluem a Seguridade Social. Tem ocorrido um esforço em desarticular a previdência, a saúde e a assistência, recorrendo-se à última política como alternativa para o controle da pobreza (IAMAMOTO, 2009).

Aponta-se a seguir algumas considerações das dermatoses associadas ao estigma apresentadas com maior frequência no período de estágio no HUB e no referencial teórico. Considera-se relevante compreender, ainda que de maneira geral, os tipos de sinais e sequelas apresentados nas principais dermatoses tratadas.

A leishmaniose tegumentar ocasiona úlceras mais frequentes na mucosa nasal. Em estudo realizado no HUB, Name et al. (2005) identificaram que a maioria de pacientes acometidas (os) por essa dermatose trabalhavam em atividades vinculadas ao meio rural. Esses pacientes eram provenientes do Distrito Federal e estados.

Já a epidermólise bolhosa causa bolhas sobre a pele, podendo desenvolver lesões que além de comprometerem o biológico, interferem nos hábitos e na relação social das (os) pacientes. Angelo et al. (2012) afirmam que a depressão ocorre com frequência entre as (os) pacientes acometidas (os) pelo nível grave da patologia. Reiteram que o impacto emocional atinge também as pessoas próximas.

Costa et al. (2009) conceituam o vitiligo como uma doença causada pela hipopigmentação da cor natural da pele, podendo interferir no emocional, comprometendo a autoestima e as relações sociais. Enquanto que a psoríase é uma doença inflamatória crônica da pele desenvolvida a partir de fatores genéticos, imunológicos e externos. Silva e Silva (2007) colocam que as (os) pacientes com essa doença tendem a se sentir rejeitadas (os) e possuem dificuldades para a sua identidade ser aceita pela sociedade, na qual é estabelecido determinado padrão de beleza.

Destaca-se também a hanseníase, uma doença infecto-contagiosa que atinge a pele e os nervos periféricos, os quais podem ter lesões graves e comprometer vários órgãos. Essa dermatose é marcada pelo preconceito e pela exclusão social desde os tempos remotos. Até o século passado, os enfermos eram enviados a hospitais-colônia, no qual eram segregados. Durante um longo período, as pessoas acometidas por esse problema de saúde eram isoladas compulsoriamente pela sociedade e pelos familiares, não sendo tratadas com dignidade humana. Damasco (2005, p. 18) pontua que "uma vez ingressado na colônia, o enfermo não mais sairia, pois mesmo estando curado clinicamente, não conseguiria mais se reintegrar à sociedade devido ao estigma social existente para com os doentes".

O estigma da sociedade sobre a doença permanece, ainda que os avanços científicos tenham possibilitado o tratamento e a cura da mesma. O preconceito enraizado sobre o problema de saúde traz implicações na vida social e profissional. Ainda que atualmente haja tratamento e cura para a hanseníase, a patologia continua sendo estigmatizada, remetendo à afirmativa de Heller (1989) que os preconceitos, ainda que sejam refutados pela ciência, permanecem inabalados. Analisar o preconceito requer inseri-lo na vida cotidiana, para a compreensão crítica das suas manifestações. Dessa forma, é necessário considerar o significado da cotidianidade em sua dimensão genérica.

A hanseníase pode apresentar sintomas e sequelas de deformidade que interferem diretamente nas relações socioeconômicas, culturais e profissionais. Essa patologia pode manifestar-se de forma a incapacitar a (o) acometida (o), repercutindo na redução da capacidade laborativa, em privações da convivência social e no sofrimento de preconceito e estigma, capazes de desencadear problemas psicológicos (LANA et al., 2014).

Baialardi (2007, p. 34) afirma que:

> As mudanças ocorridas no corpo, a rejeição e o abandono da família, dos amigos, a perda do emprego, do padrão de vida e da sua saúde em geral, pelos intermináveis tratamentos a que são submetidos, são situações que são trazidas pela doença e passam a fazer parte do seu cotidiano. O doente de hanseníase necessita resgatar seus vínculos e valores, recuperar sua autoestima, compartilhar sentimentos e relacionar-se para integrar-se ao mundo real.

Conforme descrito, a hanseníase teve uma construção social perpassada pelo medo, o preconceito e a exclusão. Faz-se necessário um trabalho empenhado no resgate da autoestima e dos vínculos, para a reinserção social. As (Os) assistentes sociais e as (os) psicólogas (os) podem trabalhar em articulação para tanto. As (Os) profissionais de saúde devem ter uma percepção acurada para um cuidado especial, considerando o estágio delicado enfrentado pelas (os) pacientes (BAIALARDI, 2007).

3.3 As respostas do Serviço Social ao estigma vivenciado por usuárias (os) da dermatologia e às dificuldades de acesso à saúde

As (Os) assistentes sociais, ao atenderem as (os) usuárias (os) de dermatologia, podem identificar determinadas demandas e respondê-las ou, se não estiverem no âmbito de suas competências e atribuições, encaminhá-las (os) a outras (os) profissionais que também trabalhem com o assunto, como as (os) psicólogas (os) e terapeutas. Segundo Viana e Almeida (2012), ainda há pessoas que consideram que recorrer às (aos) psicólogas (os) é sinal de fraqueza e de transtorno mental. Isso ocorre devido a construções culturais, na qual as (os) sujeitas (os) devem se apresentar fortes e resistentes aos problemas, demonstrando a falta de conhecimento da sociedade acerca da (o) profissional de psicologia.

Na dermatologia, seria interessante um trabalho articulado entre a assistente social e a (o) psicóloga (o). Pacientes com dermatoses tendem a enfrentar mudanças significativas na vida que podem interferir no psicológico. Não obstante enfrentam o preconceito da sociedade. Seria muito importante o acompanhamento da (o) psicóloga (o) (CID et al., 2012).

No HUB, campo de estágio supervisionado, o Serviço Social se insere na equipe de apoio (multiprofissional e interdisciplinar) às (aos) pacientes que são atendidas (os) no Ambulatório de Dermatologia do HUB. O Serviço Social deve buscar contribuir para o desenvolvimento saudável das (os) pacientes acometidas (os) por dermatoses crônicas, tais como hanseníase, psoríase, leishmaniose, dermatite atópica, epidermólise bolhosa, dentre outras. As ações das (os)

assistentes sociais devem ser orientadas para os cuidados na esfera dos direitos previstos para a proteção das (os) usuárias (os) do SUS (RELATÓRIO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO, 2014).

O Serviço Social no HUB, de forma geral, tem por função orientar e/ou encaminhar questões referentes aos direitos sociais; construir perfis socioeconômicos das (os) usuárias (os) a fim de formular estratégias de intervenção; realizar abordagem individual e grupal, para que os determinantes sociais de saúde das (os) usuárias (os) e de seus familiares ou acompanhantes sejam trabalhados; e criar mecanismos e rotinas de ação que possibilitem o acesso aos serviços. O trabalho realizado pelo Serviço Social no HUB é desenvolvido em parceira com as (os) pacientes e seus familiares, considerando que o estado físico daquelas (es) acometidas (os) por dermatoses enfrentam o preconceito e a discriminação, muitas vezes dentro de casa (RELATÓRIO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO, 2014).

O Serviço Social atua junto às expressões da questão social que podem comprometer o acesso da população aos serviços de saúde, orientada pelos princípios do SUS e pelo Projeto ético-político. As (Os) profissionais identificam a situação socioeconômica e familiar das (os) usuárias (os) para o conhecimento da realidade que vivenciam e para a escolha de uma estratégia de intervenção adequada; presta orientações e encaminhamentos individuais e grupais referentes aos direitos sociais das (os) usuárias (os), tais como: Tratamento Fora de Domicílio, Passe Livre, Auxílio-Doença, Benefício de Prestação Continuada etc; e elabora pareceres (RELATÓRIO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO, 2014).

É importante que as (os) assistentes sociais promovam ações que consigam trabalhar articuladas (os) às famílias das (os) pacientes, ao considerar que a evolução do tratamento e os cuidados necessários afetam, também, os familiares. Atrair a família pode ser uma estratégia para o estímulo da manutenção do tratamento e do autocuidado (ARANTES et al., 2010). Pacientes com dermatoses como dermatite atópica, hanseníase, psoríase e vitiligo podem ser constantemente alvos de discriminação em diversos contextos sociais. A parceria da família é essencial nessa luta.

O preconceito precisa ser problematizado pelas (os) assistentes sociais e pela sociedade para evitar que seja instituído e retire a liberdade e autonomia das (os) sujeitos. Heller (1989, p. 47) afirma que os preconceitos são “juízos provisórios refutados pela ciência e por uma experiência cuidadosamente analisada, mas que se conservam inabalados contra todos os

argumentos da razão". Nessa compreensão, os preconceitos são baseados afetivamente e de forma irracional, sustentados pelo moralismo, conformismo, desinformação e ignorância.

Cabe ressaltar o conceito de valor, que para Heller (1989, p. 04) consiste em

> [...] tudo aquilo que, em qualquer das esferas e em relação com a situação de cada momento contribui para o enriquecimento daqueles componentes essenciais; e pode-se considerar desvalor tudo o que direta ou indiretamente rebaixe ou inverta o nível alcançando no desenvolvimento de um determinado componente essencial.

Esses componentes essenciais foram indicados por Marx como a sociabilidade, a universalidade, a consciência e a liberdade, além da objetivação do trabalho. A autora aponta ainda que o preconceito é moralmente negativo, por impedir a autonomia humana, reduzindo a liberdade, uma vez que diminui a margem de escolha dos indivíduos. Nessa perspectiva, o moralismo, o qual sustenta o preconceito, é conceituado por Barrroco (2001) como forma de alienação moral.

O Serviço Social, sustentado no projeto ético-político deve buscar a desmistificação do preconceito e todas as formas de expressão. O Código de Ética da (o) assistente social disponibiliza os princípios fundamentais, dos quais fazem parte "Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças" (CFESS, 1993, p. 23). Não obstante, afirma-se que o exercício profissional deve ser feito sem discriminar ou ser discriminada (o) por questões relativas à classe social, ao gênero, à etnia, à condição física etc. Portanto, o Código de Ética aponta para a superação do moralismo e do conservadorismo para uma atuação profissional progressista.

Ademais, a liberdade, a dignidade humana, a pluralidade, o respeito, a democracia e a autonomia são expressamente defendidos pelo projeto profissional hegemônico do Serviço Social. Um (a) profissional cuja atuação se direcione contra esses princípios está ferindo o compromisso ético da profissão.

Par além da atuação profissional, o projeto ético-político do Serviço Social defende um novo projeto societário, no qual as pessoas sejam emancipadas e possa haver democracia plena. Portanto, lutar contra o preconceito e incentivar os grupos socialmente excluídos a se unir em prol dos direitos são tarefas que não podem ser negligenciadas pelas (os) assistentes sociais.

O Serviço Social participa do processo que permite a continuação do atual modelo de sociedade de classes, mas cria possibilidades de mudanças. Portanto, é uma profissão que

também dá respostas às necessidades das (os) trabalhadores. Nesse aspecto, a luta pela desconstrução do preconceito e a mediação de forma a contribuir para que as (os) usuárias (os) de dermatologia tenham um atendimento integral, universal e equitativo, considerando as necessidades existentes, deve ser compromisso das (os) assistentes sociais. Para tanto, tais profissionais devem ir além das rotinas institucionais para captar a realidade, identificar as demandas e apontar as possibilidades de intervenção (IAMAMOTO, 2009).

O projeto profissional do Serviço Social tem a liberdade do ser social como princípio ético central. Contudo, em meio à ordem burguesa, ainda que haja bases históricas que possibilitem o desenvolvimento de demandas relativas à liberdade, a sua realização é bloqueada ou ocorre apenas para um grupo privilegiado. A igualdade também é limitada pela lógica de acumulação do capital (IAMAMOTO, 2009).

As (Os) assistentes sociais enquanto intelectuais orgânicas podem contribuir para o processo de conscientização de usuárias (os), constituindo a atuação profissional em uma perspectiva política (FALEIROS, 2009). Faz-se importante o Serviço Social realizar atividades que integrem as (os) pacientes acometidas (os) por problemas de pele, para que possam trocar experiências e pensar em estratégias para a desconstrução do preconceito, a fim de se fortalecerem enquanto sujeitas (os) que foram vitimadas (os).

O debate sobre a atuação das (os) assistentes sociais em meio ao preconceito remete à discussão da função pedagógica da profissão. A concepção gramsciana, afirma que as relações de hegemonia possuem caráter pedagógico. Dessa forma, determinados setores buscam construir seus interesses econômicos, políticos e ideológicos por meio das práticas educativas. As (Os) assistentes sociais podem desempenhar a função sociopedagógica ao se considerar as práticas educativas que realizam (ABREU e CARDOSO, 2009). Historicamente, as práticas educativas do Serviço Social eram demandadas pela classe dominante para a manutenção da ordem e da hegemonia política. Em contrapartida, nas últimas décadas, a categoria tem feito emergir atividades orientadas para os interesses da classe dominada, que propiciam a sociabilidade, haja vista o teor do projeto Ético-político, o qual defende um novo projeto societário, livre de exploração e opressão. Faz parte dessas práticas o incentivo à mobilização e à organização social nos diferentes espaços de ocupação das (os) assistentes sociais. As ações realizadas possuem caráter emancipatório e interferem na forma de pensar e agir e, consequentemente, nas

subjetividades das (os) usuárias (os) (ABREU e CARDOSO, 2009). No atual Código de Ética das (os) assistentes sociais, capítulo IV, artigo 12, alínea b, consta como um dos direitos da categoria:

> b- apoiar e/ou participar dos movimentos sociais e organizações populares vinculados à luta pela consolidação e ampliação da democracia e dos direitos de cidadania.

Na Lei 8.662/1993, artigo 4° se afirma como uma das competências dessas (es) profissionais:

> IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade.

Diante disso, a (o) profissional de Serviço Social deve se posicionar, tendo em vista que não há neutralidade no campo dos valores e por se tratar de uma profissão com intervenção orientada por determinados valores, com base no compromisso ético-político. O posicionamento político deve vir não só para combater o preconceito, mas diante de todas as demandas e respostas na atuação da (o) assistente social (CIRILO, 2013).

Portanto, as (os) assistentes sociais, embasadas (os) pelo Código de Ética e pela lei de regulamentação da profissão, podem e devem fomentar as (os) usuárias (os), a participarem da defesa dos direitos humanos, que pode ser por meio dos movimentos sociais e participação política. Essas (es) profissionais podem atuar, também, fazendo uso da comunicação social, por meio da linguagem audiovisual e escrita com o objetivo de despertar a consciência crítica do público (ABREU e CARDOSO, 2009). Essa estratégia pode ser empregada com as (os) usuárias (os) da dermatologia. A utilização de vídeos pode ser feita para realizar dinâmicas que trabalhem o direito ou mesmo algum tema específico, como o preconceito vivenciado por pessoas acometidas por dermatoses. Mesquita et al. (2001) afirmam a importância dessa mobilização para a crítica ao preconceito e para ganhar força para pressionar o Estado na aprovação de leis que supram as necessidades dos segmentos discriminados e assegurem seus direitos.

As (Os) profissionais de Serviço Social devem resgatar ou fazer emergir a consciência crítica das (os) usuárias (os) para que se percebam como sujeitas (os) de direitos e para que conheçam os direitos que possuem enquanto cidadãs (ãos). Portanto, cabe às (aos) assistentes sociais a viabilização de ações livres de toda forma de preconceito e a articulação com as demais políticas, visando um atendimento integral das (os) sujeitas (os) (VIANA et al., 2010). Assim,

compreender o perfil de pacientes com dermatoses se faz importante para identificar a melhor forma de intervir e para orientar os estudos na área.

Um grande desafio para a política de saúde é a busca pela participação das (os) usuárias (os). É complexo pensar em dinâmicas que atraiam esse público ao hospital, pois são pessoas que vêm de longe, inclusive de outros estados, apenas para a consulta. Seria importante que houvesse o incentivo para que essas (es) usuárias (os) participassem ativamente do SUS, conforme já referido, em espaços como os Conselhos de Saúde de seus municípios. Correia (2009, p. 127) afirma que: "O Conselho de Saúde é um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados". Portanto, além de setores que defendam os interesses do capital, há também representantes das classes subalternas que possam fazer a defesa de seus interesses na saúde, evitando que o fundo público seja mercantilizado.

Ressalta-se a importância do trabalho em rede para a mediação dos direitos, consistindo em ações articuladas e integradas entre as organizações governamentais e não governamentais que trabalham com as políticas sociais, sendo fundamental diante das demandas complexas e multicausais, uma vez que ações isoladas são incapazes de responder a totalidade. Dessa forma, a articulação em rede é uma estratégia que permite à assistente social realizar um atendimento de qualidade e contribuir para o enfrentamento das múltiplas expressões da questão social (BORGES, MARINHO e SILVA, 2013). O esforço do atendimento em rede deve considerar as limitações institucionais e objetivar um serviço prestado com qualidade para as (os) usuárias (os), compreendendo-as (os) como sujeitas (os) de direito de forma integral, que não se limite ao pontual e ao fragmentado. Portanto, as necessidades das (os) usuárias (os) da saúde não devem ser tidas como segmentadas ou desvinculadas da conjuntura social (NEVES, 2009).

A interação entre profissionais de áreas distintas, conforme já foi mencionado, pode contribuir para uma visão mais ampliada sobre a saúde, possibilitando a identificação de várias estratégias para melhorar a passagem das (os) usuárias (os) naquela instituição. Não obstante, o diálogo entre os diversos saberes e as formações profissionais contribui para a integralidade na prestação de serviços e para a identificação das demandas e das respostas mais adequadas para melhorar a qualidade de vida das (os) pacientes (KRÜGER, 2010).

No caso da dermatologia, poderia haver maior interação entre médicas (os), enfermeiras (os), assistente social e psicólogas (os) para o melhor tratamento daquelas (es) que possuem problemas de saúde.

As (Os) profissionais de Serviço Social devem se atentar a determinadas demandas que apesar de existirem, podem não ser aparentes. A capacidade de identificá-las consiste em um diferencial para tornar o tratamento mais eficaz. É necessário ter uma percepção criteriosa, atenta aos pontos de exclusão ao acesso à saúde pela população (ASSIS e JESUS, 2012).

Além do preconceito vivenciado pelas enfermidades apresentadas, há que se fazer uma análise sobre essas (es) pacientes com recorte de classe, raça e gênero, afinal, distintos segmentos sociais podem trazer ou não demandas relativas às opressões vivenciadas. As questões que geram o preconceito precisam ser apontadas e desmistificadas, pois, uma vez que esse desvalor dizima os seres humanos, a autonomia e a liberdade passam a ser comprometidas, além de ser uma injustiça social, por violar a dignidade e os direitos humanos. O debate sobre o preconceito possibilita que haja reflexão crítica no cotidiano, lócus privilegiado da reprodução de práticas discriminatórias (MESQUITA et al., 2001)

A maneira com que o preconceito interfere na garantia do cuidado à saúde precisa ser elucidada. O cuidado e a formação de vínculo entre profissionais e pacientes possuem influências na forma como a instituição responde às necessidades individuais e coletivas. Considerando que na saúde haja profissionais de diversas especialidades, as (os) quais muitas vezes possuem valores e perspectivas distintas e que atuam na cotidianidade, o cuidado para com as (os) pacientes pode ser um espaço passível de reprodução do preconceito (MASSIGNAM et al., 2015).

A indisponibilidade de serviços de saúde próximos à região das pessoas que precisam de tratamento; a demora na busca pelo atendimento; a falta de conhecimento acerca dos sintomas gerados pela doença; a abstenção ao trabalho para comparecer às unidades de saúde; a realização de “tratamentos caseiros” pelas (os) pacientes; o temor no diagnóstico a ser dado e no preconceito a ser sofrido são fatores que contribuem para o diagnóstico tardio das dermatoses, o que pode comprometer o sucesso do tratamento, podendo haver sequelas irreversíveis, as quais poderiam ser evitadas. Faz-se importante a existência de políticas brasileiras que promovam a descentralidade no atendimento e tratamento, para que as comunidades mais longínquas possam ter acesso aos serviços necessários. Não obstante, a realização de campanhas e outras atividades educativas que informem sobre determinadas doenças contribui para que a população identifique os sintomas na fase inicial da doença. As (Os) profissionais de saúde devem ter formação

contínua para um atendimento mais qualificado do público (ARANTES et al., 2010). A busca ativa dessas (es) pacientes seria importante para a rápida assistência adequada de saúde.

Conforme apresentado anteriormente, a baixa renda e a distância entre a residência e a unidade de saúde a ser realizado o tratamento são fatores que dificultam o acesso à saúde. Atualmente, as (os) usuárias (os) que não possuem condições para custear o transporte e realizar o tratamento têm direito ao passe livre/interestadual (Lei nº 8.899/94) se forem pessoas com deficiências, ou ao Tratamento Fora de Domicílio (Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde), considerando algumas condicionalidades. O encaminhamento para o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) também está entre as atividades mais realizadas pelo Serviço Social na dermatologia. O TDF foi estabelecido pela portaria SAS/Ministério de Saúde nº 055 de 24/02/1999 (D.O.U. de 26 de fevereiro de 1999). O programa consiste na concessão de benefício para auxiliar pacientes que recebem atendimento pela rede pública ou por unidades conveniadas com o SUS, desde que esgotado todos os meios de tratamento na localidade onde residem e se residirem a mais de 50 km da unidade de saúde. O auxílio financeiro é destinado a gastos como o transporte (aéreo, terrestre ou fluvial), alimentação e pernoite. Para participarem dos programas, as (os) usuárias (os) têm que cumprir uma série de critérios. Percebe-se, portanto, que as políticas sociais apresentam-se seletivas e distantes do caráter universal (SILVA et al., 2010).

Boschetti e Teixeira (2004, p. 04) afirmam que:

> Os objetivos da seletividade não são estabelecer estratégias para ampliar o acesso aos direitos, mas definir regras e critérios para escolher, para averiguar minuciosa e criteriosamente, quem vai ser selecionado, quem vai ser eleito para ser incluído. A seletividade esgota-se em si mesma, em seus critérios de "menor elegibilidade" e conforma-se com a redução e a residualidade nos atendimentos.

A predominância da seletividade no atendimento aos direitos sociais torna cada vez mais distante as ações que realmente causem mudanças na vida das (os) usuárias (os). A existência de programas de transporte para àquelas (es) que estão dentro dos critérios, pode contribuir para a realização do tratamento da dermatose. Há muitas (os) usuárias (os) que por não saberem dos seus direitos e acabam abandonando o tratamento (SOUSA et al. 2013).

Nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010) é afirmado que o preenchimento de formulários para o TFD não consiste em atribuição das (os) profissionais de Serviço Social. Dessa forma, a designação de atividades que não são atribuições e competências de assistentes sociais consistem em mais um desafio que as (os) assistentes sociais têm enfrentado na saúde.

Considerando o desemprego como recorrente entre usuárias (os) da dermatologia e, dependendo da dermatose apresentada, a incapacidade para o mercado de trabalho, as (os) assistentes sociais devem estar atentas (os) para saber identificar essas demandas e encaminhá-las ao Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

O Estado tem adotado estratégias para a redução da discriminação na atenção à saúde por meio da ampliação de acesso aos grupos marginalizados. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde possui como uma das diretrizes a sensibilização das (os) profissionais de saúde quanto aos preconceitos relacionados às práticas. As políticas não garantem o fim da presença da discriminação nos serviços da saúde, mas criam barreiras para as práticas que limitam o acesso à saúde como direito e confere maior visibilidade às necessidades da população estigmatizada. O esforço para garantir um acesso livre de toda forma de opressão deve vir não apenas de profissionais especializadas (os) que realizam o atendimento, mas de pesquisadoras (es), técnicas (os), gestoras (es), conselheiras (os), dentre outras (os) envolvidas (os) no cuidado à saúde (MASSIGNAM et al., 2015).

Deve-se estimular a comunicação entre usuárias (os) e gestoras (es) da instituição no sentido de informarem as necessidades que não foram atendidas e de dar sugestões sobre possíveis mudanças na instituição para a melhoria do acesso (MASSIGNAM et al., 2015).

As (Os) profissionais de Serviço Social, embora limitadas (os) pelas estruturas macrossociais, podem realizar ações de intervenção ao preconceito em âmbito institucional. Pretende-se afirmar que, ainda que essas (es) profissionais não tenham total autonomia ou competência para acabar com o preconceito generalizado na sociedade, podem, no espaço da atuação profissional, intervir de forma a fomentar o debate sobre opressões e tentar desconstruir as práticas preconceituosas entre profissionais e as (os) pacientes atendidas (os). Ao serem informadas (os) e ao compreenderem o problema de saúde que enfrentam sem estigmatizá-lo, essas (es) usuárias (os) podem conscientizar a comunidade e os familiares, os quais também podem ter comportamentos discriminatórios. Dessa forma, as reflexões transcendem o lócus institucional e chegam à sociedade.

Assis e Jesus (2012) defendem a importância do acolhimento para possibilitar a construção de uma nova prática de saúde por meio de ações que fortaleçam a comunicação com as (os) usuárias (os), que seja capaz de receber e ouvir a população demandante e dar respostas

pertinentes a cada demanda. O vínculo, conforme já explicitado, também possui relevância nesse processo. As (Os) usuárias (os) do Serviço Social podem chegar ao serviço pelo acolhimento em grupo e pela demanda espontânea.

Tendo em vista a realidade de pacientes com dermatoses, é necessário disponibilizar a esse público um espaço de escuta e de acolhimento, no qual pudessem compartilhar as vivências. Essa tarefa pode ser realizada com uma equipe multidisciplinar com profissionais de saúde. É necessário que haja um espaço no qual as (os) pacientes possam expressar as ansiedades e os questionamentos referentes ao diagnóstico, ao tratamento e às relações sociais e que possa ser um momento de troca entre as (os) pacientes, as (os) profissionais e os familiares. A equipe deve compreender o que doenças como a hanseníase significam para o paciente e para a comunidade para a compreensão do impacto que essas patologias podem ocasionar no bem estar psicológico e social. O compartilhamento em grupo das experiências vivenciadas por esses pacientes pode contribuir para despertar a coesão e a solidariedade entre as (os) mesmas e recuperar a autoestima. O trabalho em grupo com esses (as) pacientes é um momento de interação que possibilita trocas, a compreensão e noção de reconhecimento não ocorridas no atendimento individual.

Há pacientes que abandonam o tratamento por medo da exclusão social que poderiam viver, caso a comunidade ficasse sabendo da enfermidade. Isso é bastante agravante, pois a interrupção pode fazer com que a doença se desenvolva e dependendo de qual seja, manifeste sequelas irreversíveis (BAIALARDI, 2007).

Considera-se a necessidade da rede pública de saúde ter o trabalho realizado pela equipe em uma abordagem interdisciplinar, capaz de promover a educação em saúde e o reconhecimento das (os) sujeitos (as) como seres pertencentes à sociedade e providos de direitos, de forma a colaborar para a reinserção social, a equidade e a integralidade (BAIALARDI, 2007).

Bastos e Garcia (2015, p. 01) afirmam que:

> No Brasil, os serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, acabam por reproduzir comportamentos discriminatórios perante os usuários, não obstante seu papel dever ser também defender direitos humanos fundamentais e reduzir iniquidades em saúde, com vistas ao alcance da equidade. Uma série de denúncias e estudos revela o tratamento potencialmente discriminatório a determinados usuários nos serviços de saúde.

A investigação sobre o preconceito e a tentativa de desconstrui-lo é buscar garantir a equidade no acesso das (os) usuárias (os) da saúde. São necessárias mais pesquisas sobre a

discriminação e seus efeitos no acesso, na oferta e na qualidade dos serviços de atenção à saúde a segmentos vulneráveis e socialmente excluídos (MASSIGNAM et al., 2015).

O Estado deve continuar a realizar medidas para a eliminação de doenças que são contraídas, tais como hanseníase e leishmaniose. O acesso universal, integral e equitativo deve ser garantido em todos os níveis de atenção à saúde, assim como as (os) profissionais devem receber qualificação contínua (SILVA et al., 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho trouxe a discussão das dificuldades enfrentadas para o acesso à saúde pelas (os) usuárias (os) acometidas (os) por dermatoses, enfocando o preconceito como fator limitante para o acesso ao direito e para a sociabilidade. Não obstante, trouxe a reflexão sobre as respostas do Serviço Social diante das demandas apresentadas por esse público.

Afirma-se que os determinantes sociais da saúde possuem papel elementar para a qualidade de vida da população. Uma vez que as políticas sociais encontram-se ausentes, as (os) sujeitas (os) que delas fazem uso tornam-se mais vulneráveis socioeconomicamente. É necessário que haja um Estado forte para o social, investindo massivamente em políticas como a educação, a habitação, a alimentação, a previdência e que adote medidas que diminuam o desemprego e garantam condições trabalhistas de qualidade. Ademais, é preciso garantir possibilidade concreta de acesso aos serviços sociais, de forma a compreender as diferentes necessidades da população. Salienta-se a importância da articulação de ações intersetoriais da saúde com as outras políticas sociais para gerar mudanças que promovam a melhoria da qualidade de vida das (os) usuárias (os). Essa articulação é necessária, pois as (os) sujeitas (os) devem ter um atendimento integral. Tratar a saúde desconsiderando os determinantes sociais é reduzir a complexidade das relações sociais e desconsiderar que há inúmeros fatores que contribuem para a qualidade de vida.

A conjuntura neoliberal, na qual tem priorizado os interesses privados, em detrimento do coletivo, tem impossibilitado a materialização do SUS, segundo os preceitos do Movimento de Reforma Sanitária e da forma como prevê a legislação – que contemple as (os) usuárias (os) de forma universal, integral e equitativa. Diante disso, é necessário que a população se mobilize na luta pelos direitos por meio dos movimentos sociais e da participação em espaços de controle democrático, como os Conselhos de Saúde. As (Os) assistentes sociais, como intelectuais orgânicas (os), podem participar desses espaços e mobilizar as (os) usuárias (os) a se articularem.

O SUS possui dificuldades historicamente presentes e outras problemáticas emergentes para a materialização dos princípios e diretrizes propostos. A crescente demanda sem a ampliação proporcional das equipes de saúde tem consistido em entrave para o atendimento integral, assim como a falta de materiais para o atendimento, medicamentos e aparelhos para a realização de exames.

A democracia para as (os) usuárias (os) da dermatologia não tem alcançado plenitude. Para ampliá-la, é preciso que o preconceito seja desmistificado e a integração social seja fomentada de forma a permitir que estas (es) sujeitos tenham voz, para expressarem as necessidades que possuem, e participem ativamente de uma sociedade mais justa e humana.

Para uma sociedade de caráter universal, democrático e emancipado é crucial o respeito ao diverso. Nessa perspectiva, o empenho para que todas as formas de preconceito sejam eliminadas e os grupos socialmente discriminados adquiram voz e participação na sociedade deve ser tarefa de todas (os) sujeitas (os) que assumam compromisso com uma sociedade emancipada plenamente.

Nesse contexto, a atuação do Serviço Social se faz indispensável, por ser uma profissão de caráter interventivo que visa ocasionar mudanças com uma atuação embasada em conhecimentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos e que possui o compromisso com valores éticos como os trabalhados durante esse estudo.

As entidades representativas do Serviço Social possuem posicionamento firme contrário ao preconceito. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) defendem o exercício profissional de qualidade e a ética como eixo norteador da atuação profissional.

Diante dos desafios para a atuação profissional, é necessário que as (os) assistentes sociais possuam forte embasamento teórico, para que sua prática seja crítica e reflexiva. Não obstante, é necessário ter a dimensão da totalidade para compreender que cada usuária (o) atendida (o) possui uma série de demandas provenientes da questão social. A intervenção deve se atentar aos determinantes sociais, para compreender que a saúde não é apenas ausência de doença e requer acesso a uma série de políticas que possibilitem uma vida de qualidade. Não obstante, é necessário que a (o) profissional saiba quais as atribuições e competências que possui, para que a instituição e as (os) outras (os) profissionais não lhes requisitem a realização de atividades meramente administrativas. Realizar atividades na instituição que promovam o Serviço Social e demonstrem o papel dessa profissão para as (os) outras (os) profissionais de saúde e para as (os) usuárias (os) é elementar para que as demandas que chegam à assistente social estejam de acordo com suas atribuições e competências.

É necessário ser um (a) profissional que atue para além da aparência da (o) usuária (o), que busque compreendê-la (o) como um (a) sujeito (a) de forma a não culpabilizá-la (o), mas

inserido (a) em uma sociedade multideterminada e complexa, em que a desigualdade social é produzida. A (O) profissional deve orientar as (os) usuárias (os) sobre a autonomia que possuem para a tomada de decisões, reconhecendo a liberdade como valor central da atuação. Não obstante, é preciso mobilizar as pessoas a lutarem por seus direitos, ainda que o tempo de atendimento seja curto e possua uma série de limitações. As (Os) assistentes sociais devem agir na perspectiva de um horizonte emancipatório. Em meio à barbarização do capital, é extremamente necessário que haja profissionais que tenham posicionamento crítico e valores que legitimem a plena realização das (os) sujeitas (os) sociais.

Entende-se que as (os) assistentes sociais devam buscar constantemente capacitação profissional para compreenderem não só a totalidade, mas as particularidades apresentadas pelas (os) usuários. Dessa forma, compreenderão não só o preconceito vivenciado pela doença, mas as diversas formas de pertencimento desse público, que possui orientação sexual, raça, cultura e orientação política diversas. Essa postura afirma a liberdade, a igualdade e o pluralismo, uma vez que as diferenças apresentadas pelas (os) usuárias (os) podem ser alvo de preconceito.

Estudo como o realizado é importante não apenas para as (os) assistentes sociais que atuam no atendimento direto ao público, mas para o conhecimento das (os) gestoras (es) e o fornecimento de subsídios para a formulação de políticas públicas. Avaliar os serviços de saúde é fundamental para subsidiar o planejamento e gerência envolvidos, e orientar o desenho das políticas envolvidas.

Diante do exposto, há um conjunto de mudanças a serem realizadas na Saúde para que haja possibilidades concretas para o acesso de forma universal, integral, equitativa, portanto, isento de preconceito, que interfira na realidade das (os) usuárias (os), possibilitando a garantia dos direitos sociais. Para tanto, se torna crucial a superação do preconceito tanto pela sociedade quanto pelas (os) profissionais envolvidos na saúde, requerendo um processo crítico de reflexão acerca dos desvalores reproduzidos diariamente na família, na escola e demais instituições formadoras de ideologia.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel; CARDOSO, Franci Gomes. Mobilização social e práticas educativas. In: ABEPSS; CFESS (orgs). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. 1.ed. Brasília: CFESS e ABEPSS, 2009. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/zD3ifq80Dt7Az49Q4j7x.pdf>. Acesso em: 27 de fev. 2016.

ALVES, Gil Baldini, NUNES, Daniel Holthausen; RAMOS, Lya Duarte. Prevalência das dermatoses no ambulatório de dermatologia da UNISUL. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 36, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/474.pdf>. Acesso em: 24 de fev. 2016.

AMARAL, Glaucia. As Ações Intersetoriais na Atenção à Saúde na Alta Complexidade: Construindo Marcos de Referências para o Exercício Profissional dos Assistentes Sociais. Florianópolis: 2008. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial286709.pdf>. Acesso em: 26 de dez. 2015.

ANGELO, Maria Monica Fagundes Cardoso et al. Manifestações clínicas da epidermólise bolhosa: revisão de literatura. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 12, n. 01, p. 135-142, 2012. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1148/807>. Acesso em: 27 de fev. 2016.

ANTUNES, R. Os modos de ser da informalidade: rumo à nova era da precarização estrutural do trabalho? *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 107, p. 405-419, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/02.pdf>. Acesso em: 26 de fev. 2016.

ARANTES, Cíntia Kazue et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. *Epidemiol. Serv. Saúde: Saúde*, v. 19, n. 02, p. 155-164, 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf>. Acesso em: 27 de fev. 2016.

ARAÚJO, Maria Arlete Duarte; BEZERRA, Suely de Oliveira. A Inserção do Assistente Social no Complexo Hospitalar e de Atenção à Saúde da UFRN no Contexto da Agudização da Questão Social. *Serviço Social em Revista*, Londrina, Paraná, v. 7, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v7n2_suely.htm>. Acesso em: 21 de dez. 2015.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 11, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 de fev. 2016.

BAIALARDI, Katia Salomão. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. *Hansenologia Internationalis*, v. 32, n. 01, p. 27-36, 2007. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/301-862-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. Ética e Serviço Social: Fundamentos ontológicos. São Paulo: Cortez, 2001.

BASTOS, João Bastos; GARCIA, Leila Posenato. Discriminação nos serviços de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 03, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000300351>. Acesso em: 24 de fev. 2016.

BEHRING, Elaine. A contra-reforma do Estado brasileiro: projeto e processo. In: Brasil em contra- reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003. p. 171-212.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos de Política Social. In: MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

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. 2004. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2004.

BORGES, Jéssica Mariana; MARINHO, Heloísa Helena; SILVA, Marcelle Regine. O Trabalho em rede como uma estratégia de enfrentamento a fenômenos sociais complexos: uma alternativa de atuação mediante a violência doméstica contra as mulheres. In: III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, 2013. Disponível em: <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20TRABALHO%20EM%20REDE%20COMO%20UMA%20ESTRAT%C3%89GIA%20DE%20ENFRENTAMENTO%20A%20FEN%C3%94MENOS%20SOCIAIS%20COMPLEXOS.pdf>. Acesso em: 23 de jan. 2016.

BORGES, Tamelize; VIRGOLIN, Isadora W. Cadore; BRONZATTI, Fátima. Serviço Social na Oncologia. In: Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão, 2010, Cruz Alta, RS. XIII Mostra de Iniciação científica, 2010. Disponível em: <http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCSA/SERVI%C3%87O%20SOCIAL%20NA%20ONCOLOGIA.pdf>. Acesso em: 21 de dez. 2015.

BOSCHETTI, Ivanette; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Seletividade e focalização da política de assistência social no Brasil. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL, 15, Costa Rica, Anais. Costa Rica: Universidade de Costa Rica, 2004.

Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-081.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2016.

BRASIL, Câmara dos Deputados, Comissão de Seguridade Social e Família (2015). Comissão Aprova Presença de Assistentes Sociais no Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/noticias/comissao-aprova-presenca-de-assistentes-sociais-no-programa-saude-da-familia>. Acesso em: 28 de dez. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 jan. 1988. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>. Acesso em: 17 de set. 2015.

BRASIL. Decreto n. 20.465, de 1º de outubro de 1931. Reforma a legislação das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1931/20465.htm>. Acesso em: 09 de set. 2015.

BRASIL. Decreto n. 22.016, de 26 de outubro de 1932. BRASIL. Aprova o regulamento para a execução dos socorros médicos e hospitalares das Caixas de Aposentadorias e Pensões, previstos no parágrafo único do art. 23 do decreto n. 20.465, de 1 de outubro de 1931, alterado pelo de n. 21.081, de 24 de fevereiro de 1932. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22016-26-outubro-1932-498311-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 11 de set. 2015.

BRASIL. Lei n. 8.662, de 07 de junho de 1993. Presidência da República, 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>. Acesso em: 12 de jan. 2016.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos jurídicos. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 21 de dez. 2015.

BRASIL. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Regime Jurídico Único, Jusbrasil. Disponível em: < http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/97937/regime-juridico-dos-servidores-publicos-civis-da-uniao-lei-8112-90#par-1--art-186>. Acesso em: 21 de jan. 2016.

BRASIL. Lei n. 8.899, de 29 de junho de 1994. Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8899.htm>. Acesso em: 16 de jan. 2016.

BRASIL, Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH; Acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; E dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 18 de jan. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 29 de dez. 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. *Serviço Social e Saúde*: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>. Acesso em: 12 de set. 2015.

BRAVO, Maria Inês. MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético – Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006. Disponível em:< http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>. Acesso em: 09 de dez. 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, Maria Inês. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BUDEL, Anelise Roskamp et al. Associação entre vitiligo e doenças autoimunes: prevalência no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 35, n. 01, p. 66-70, 2006. Disponível em: http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/358.pdf. Acesso em: 27 de fev. 2016.

BUSS, P. M., 1995. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: *Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças* (P. M. Buss & M. E. Labra, org.), p. 61-101, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. Disponível em<http://books.scielo.org/id/zngyg/pdf/buss-9788575414026-03.pdf>. Acesso em 14 de set. 2015.

CAMARGO, Marisa; MACIEL, Ana Lúcia Suárez. Os processos de Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde Coletiva. In: III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação, 2008, Porto Alegre. Anais do IX Salão de Iniciação Científica da PUCRS/III Mostra da Pesquisa da Pós-Graduação, 2008. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/online/IIImostra/ServicoSocial/62907%20-%20MARISA%20CAMARGO.pdf.>. Acesso em: 20 de dez. 2015.

CARVALHO, Nilson Maestri. Breve história da saúde brasileira no século XX. Texto utilizado no I Curso de Educação em Saúde Pública voltado para a formação de preceptores. Santa Maria, 2004.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília:CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 11 de dez. 2010.

CID, Renata Dias de Souza; LIMA, Guldemar Gomes de; SOUZA, Adriano Rodrigues de; MOURA, Ana Débora Assis. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 13, n. 5, p. 1004-1014, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1158/pdf>. Acesso em: 17 de jan. 2016.

CIRILO, Joziane Ferreira de. Ética Profissional: desafios e possibilidades para a materialização da práxis do Serviço Social no cotidiano da Previdência Social. 2013. (Apresentação de Trabalho/Congresso). Disponível em: <http://www.cresspr.org.br/wp-content/uploads/2010/06/A_ETICA_PROFISSIONAL_DESAFIOS_POSSIBIL.pdf>. Acesso em: 15 de jan. 2015.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil, 2008. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso: 12 de mar. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de Ética Profissional do/a Assistente Social, 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 03 de jan. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, Brasília, 2010. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 20 de dez. 2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, Denise Gonzaga; MOREIRA, Joseane Alves; PINTO, Neila Maria de Morais. Vitiligo: Influência na autoestima das pessoas acometidas. Revista Enfermagem Integrada, Ipatinga: Unileste – MG, v. 02, n. 02, p. 357-368, 2009. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2_2/Denize_Costa_Moreira_e_Neila%20Pinto.pdf>. Acesso em: 26 de fev. 2016.

COUTINHO, Luiza Pinheiro. Discriminação no Trabalho: Mecanismos de Combate à Discriminação e Promoção de Igualdade de Oportunidades. Repertório de recomendações práticas da OIT sobre HIV/AIDS e o mundo do trabalho, Oficina Internacional del Trabajo, Secretaria Internacional do Trabalho, Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/discrimination/pub/oit_igualdade_racial_05_234.pdf>. Acesso em: 27 de fev. 2016.

DALPIAZ, Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2011, São Luís (Maranhão). V Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 28 de nov. 2015.

DAMASCO, Mariana Santos. História e Memória da Hanseníase no Brasil do século XX: o Olhar e a Voz do Paciente. Rio de Janeiro: 2005, p. 50. Disponível em: <http://www.historiaecultura.pro.br/cienciaepreconceito/producao/monomdamasco.pdf>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

DEMARZO, M. M. P. ; Reorganização dos sistemas de saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde. 2010. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Material Instrucional UnA-SUS UNIFESP). Disponível em: < http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf>. Acesso em: 27 de dez. 2015.

DEWES, João Osvaldo. Amostragem em bola de neve e respondent-driven samplig: uma descrição dos métodos. Porto Alegre, 2013. Disponível em: < https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 de fev. 2016.

EBSERH. Diretoria de atenção à saúde e gestão de contratos. Dimensionamento de serviços assistenciais, 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/103320/dimensionamento_de_servicos_hub_unb.pdf/ef73922c-2b08-4b93-a46d-51955a19a736>, Acesso em: 18 de jan. 2016.

EBSERH. Hospital Universitário de Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/inicio>. Acesso em: 17 de jan. 2016.

EBSERH: Legislação, 2013. Disponível em: <http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/regimento_interno/Livreto_Legislacao_A5_atualizado_fev2013%20pdf.pdf>. Acesso em: 20 de jan. 2016.

ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; SENNA, Mônica de Castro Maia. O Programa de Saúde da Família e a Construção de um Novo Modelo

para a Atenção Básica no Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>. Acesso em: 29 de dez. 2015.

FALEIROS, Vicente de Paula. Saber profissional e poder institucional. 9ª ed., São Paulo: Cortez, 2009.

FINKELMAN, Jacobo. Caminhos da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: *Editora FIOCRUZ*, 2002. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2015.

GOMES, Vitor Ferreira. O Serviço Social no Programa de Saúde Auditiva do Hospital Universitário de Brasília. Brasília, 2014. Disponível em: < http://bdm.unb.br/bitstream/10483/8859/1/2014_VitorFerreiraGomes.pdf >. Acesso em: 23 de jan. 2016.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015>. Acesso em: 20 de jan. 2016.

GON, Márcia Cristina Caserta; ROCHA, Margarette Matesco; GON, Airton dos Santos. Análise do conceito de estigma em crianças com dermatoses crônicas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, v. 7, n. 1, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452005000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 de jan. 2016.

HELLER, A. O cotidiano e a história. 3ª ed. Rio de Janeiro. Paz e terra, 1989.

HOFFMANN, Edla. O Trabalho das Assistentes Sociais no Programa Saúde da Família – PSF na Região Norte do Estado do Rio Grande do Sul. 2007. 135 f. Dissertação (Pós-Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=641>. Acesso em: 27 de dez. 2015.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA. Plano Operativo Anual, 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16496/139084/Plano+Operativo+Anual.pdf/3c19a098-d78f-4eb6-89f9-fd4383141730>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: Ana Elisabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Maria R. Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). Serviço Social e Saúde. 1ªed.São Paulo/Brasília: Cortez/ Ministério da Saúde, 2006, v. , p. -. Disponível em: <http://aprender.unb.br/file.php/5490/Arquivos_dos_alunos/marilda_2004_ConfInternacional.pdf>. Acesso em: 10 de dez. 2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma Interpretação Teórico-Metodológica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na cena contemporânea. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS, 2009, p. 01-45. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/15556754/387658941/name/1_-_O_Servico_Social_na_cena_contemporanea.pdf>. Acesso em: 24 de fev. 2016.

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

KONDER, Leandro. O que é dialética. 1ª edição: Abril Cultural, Brasilienses, Coleção Primeiros Passos, 1985. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/konder-leandro-o-que-e-dialetica-primeiros-passospdf.html>. Acesso em: 20 de dez. 2015.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação a Partir do SUS. *Revista Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. IX, n. 10, dez. 2010. p. 123-145. Disponível em: < http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=47814&opt=1>. Acesso em: 23 de dez. 2015.

LANA, Francisco Carlos Félix et al. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. *Revista de enfermagem da UFSM*, v. 04, n. 03, p. 556-565, 2014. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/12550/pdf>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

LEAL, Roberta Adamoli Santin et al. Serviço Social e Política de Atenção à Urgência e Emergência no SUS: a experiência do HU-UFSC. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 2013, Florianópolis, Santa Catarina. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Servi%C3%A7o-Social-e-pol%C3%ADtica-de-aten%C3%A7%C3%A3o-a-urg%C3%AAncia-e-emerg%C3%AAncia-no-SUS3.pdf>. Acesso em: 19 de dez. 2015.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03. set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000300012&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 de set. 2015.

LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 26-40, jan. 1999. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4219/2229..>. Acesso em: 16 de set. 2015.

MARCH, Cláudia. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. Jornal da ADUFES - Associação dos

Docentes da Universidade Federal do Espírito Santo. Seção Sindical do Andes. *Sindicato Nacional*, Vitória, Espírito Santo, Ed. 88, 2012. Disponível em: <http://adufes.org.br/portal/images/publicacoes/caderno-de-noticias/088_ago_set_out_caderno_web.pdf>. Acesso em: 21 de jan. 2016.

MARQUES, Maisa Menezes. Relatório de Estágio Supervisionado I de Serviço Social no Hospital Universitário de Brasília, 2014.

MARQUES, Maisa Menezes. Relatório de Estágio Supervisionado II de Serviço Social no Hospital Universitário de Brasília, 2014.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 479-505, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n107/07.pdf>. Acesso em: 29 de dez. 2015.

MASSIGNAM, Fernando Mendes; BASTOS, João Luiz Dornelles; NEDEL, Fúvio Borges. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 24, n. 03, p.541-544, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00541.pdf>. Acesso em: 24 de fev. 2016.

MELLO, G.A.; Fontanella, B.J.B.; DEMARZO, M. M. P.. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde: Origem e diferenças conceituais. *Revista de APS*, v. 12, p. 204-213, 2009. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/255485839_ATENO_BSICA_E_ATENO_PRIMRIA__SADE_-ORIGENS_E_DIFERENAS_CONCEITUAIS_Basic_care_and_primary_health_care_-origins_and_conceptual_differences>. Acesso em: 28 de dez. 2015.

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 09, n. 02, 1993. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1993000200009&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 de set. 2015.

MESQUITA, Marylucia. RAMOS, Sâmya Rodrigues e SANTOS, Silvana Mara Morais dos. Contribuições à crítica do preconceito no debate do Serviço Social. In: Presença Ética. MUSTAFÁ, Alexandra Monteiro (Org.). Recife, PE: UNIPRESS Gráfica e Editora do NE Ltda., 2001. Disponível em: http://www.cpihts.com/2003_10_19/Mary%20Silvana.htm. Acesso em: 23 de fev. 2016.

MINAYO, M. C. de S.; MINNAYO, C. G. Difíceis e possíveis relações entre os métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Ensp, 2001.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Apresentação – EBSERH, 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17829&Itemid=1187>. Acesso em 23 de jan. 2016.

Ministério da Educação. Hospitais Universitários, 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&>. Acesso em 17 de jan. 2016.

MIRANDA, Ana Paula Rocha de Sales. Inserção do Serviço Social nos processos de trabalho em serviços públicos de saúde – concepções e práticas: estudo de caso em um Hospital Universitário – João Pessoa – PB. 2011. 358 f. Dissertação (Doutorado em Serviço Social) – Curso de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=13737>. Acesso em: 20 de dez. 2015.

MONTEIRO, S.; VILLELA, WV. Estigma e Saúde. *Cad. Saúde Pública*: Rio de Janeiro, p. 436-440, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00436.pdf>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

MORAES, Dênis de. Comunicação, Hegemonia E Contra-Hegemonia: A Contribuição Teórica de Gramsci. Dossiê Comunicação E Política. *Revista Debates*, Porto Alegre, v.4, n.1, p. 54-77, jan.-jun. 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/debates/article/viewFile/12420/8298>. Acesso em: 02 de jan. 2016.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 30, p. 153-166, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v13n30/v13n30a13.pdf>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

MOSCON, Nelize; KRÜGER, Tânia Regina. O Serviço Social na Atenção Básica e o Acesso aos Serviços de Saúde. *Revista Saúde Pública*, Santa Catarina, v. 3, n. 2, jul./dez. 2010. p. 88-98. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/87/124>. Acesso em: 27 de dez. 2015.

NAME, Roberto Querido et al. Estudo clínico, epidemiológico e terapêutico de 402 pacientes atendidos com leishmaniose tegumentar americana atendidos no Hospital Universitário de Brasília, DF, Brasil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 80, n. 03, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n3/v80n3a04.pdf>. Acesso em: 26 de fev. 2016.

NEVES, Marília Nogueira. Rede de Atendimento Social: Uma Ação Possível? Revista da Católica, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009. Disponível em: <http://www.catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosv1n1/13_Rede_de_atendimento.pdf>. Acesso em: 09 de jan. 2016.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999. Disponível em: < http://welbergontran.com.br/cliente/uploads/4c5aafa072bcd8f7ef14160d299f3dde29a66d6e.pdf >. Acesso em: 26 de dez. 2015.

NETTO, J. P. Para a crítica da vida cotidiana. In NETTO, J. P. & FALCÃO, M. do C. do Cotidiano: Conhecimento e Crítica. São Paulo, Cortez, 1987.

NOGUEIRA, Marco. O Reformismo *enragé*. Voo panorâmico sobre as últimas décadas do século. In: *As possibilidades da política: ideias para a reforma democrática do Estado.* São Paulo: Paz e Terra, 1998, p. 123-182.

OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira; CATOIA, Erika Aparecida. Saúde da Família como Estratégia para mudança no modelo de atenção: representações sociais dos usuários. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, p. 820,829, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf>. Acesso em: 22 de dez. de 2015.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. (Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986 (Coleção Saúde e Realidade Brasileira). Disponível em: < http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Im-previdencia-social-60-anos-hist%C3%B3ria.pdf>. Acesso em 12 de set. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&%20pid=S1413-81232002000400007&lng=pt>. Acesso em: 12 de jan. 2016.

RODRIGUES, Terezinha de Fátima et al. O Serviço Social no programa de residência multiprofissional em atenção à saúde da UNIFESP/SP. *Revista Serviço Social & Saúde*,Campinas, v. X, n. 12, 2011. Disponível em: < http://periodicos.bc.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634844>. Acesso em: 21 de jan. 2016.

SANT'HELENA, Moara Monteiro; et al. Da Reforma Sanitária às Privatizações: Discutindo a saúde pública brasileira. In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanit%C3%A1ria-%C3%A0s-Privatiza%C3%A7%C3%B5es-discutindo-a-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-brasileira.pdf>. Acesso em: 22 de jan. 2016.

SANTOS, Anderson Moreira Aristides dos; JACINTO, Paulo de Andrade; TEJADA, Cézar Augusto Oviedo. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com estados do Brasil. Estudos Econômicos, São Paulo, v. 42, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-41612012000200001&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 de jan. 2016.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e Resoluções no Modelo de Atenção à Saúde: Reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família com Base nas Categorias kuhnianas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05>. Acesso em: 07 de dez. 2015.

SCILIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 01, p. 29-41, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03 >. Acesso em: 22 de dez. 2015.

SILVA et al. História de vida e trabalho de pessoas atingidas pela hanseníase em serviços de saúde do Estado de São Paulo. *Hansenologia Internationalis (Online)*, Bauru, v. 33, n. 1, p. 09-18, 2008. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612008000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

SILVA, Jarbas Barbosa da; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 12, n. 6, p. 375-383, 2002.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41.Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/4-_Modelos_Assistenciais_em_Sade_-_Aluisio_G._da_Silva_Jr_e_Carla_A._Alves.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2015.

SILVA, Kênia de Sousa; SILVA, Eliana Aparecida Torrezan da. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 2, p. 257-266, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n2/v24n2a12.pdf>. Acesso em: 26 de fev. 2016.

SILVA, Luzia Gomes. Seguridade Social: das origens e conceito aos princípios que sustentam o Estado Democrático do Direito, 2015. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11417 >. Acesso em 25 de set. 2015.

SILVA, Mauro Afonso da Silva. Hanseníase: o outro lado da doença, um relato de experiência. Revista Eletrônica Interdisciplinar, v. 02, n. 04, 2010. Disponível em: < http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/186 >. Acesso em: 20 de fev. 2016.

SILVA, Sheyla Suely de; DAVI, Jorleana; SOUZA, Moema Ampelia Serpa Lopes de; SANTOS, Maria Aparecida Nunes dos. Reestruturação produtiva e hipertrofiação da assistência social: A ofensiva do capital no Brasil. *Temporalis*, Brasília, v. 2, n. 20, p. 167-196, 2010. Disponível em: < http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/3452/2705>. Acesso em: 18 de jan. 2016.

SILVA, Talita Souza; SILVA, Cristiani Aparecida Brito. A atuação do Assistente Social em Âmbito Hospitalar. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, v. 2, n. 10, ago. 2013. p. 36-40. Disponível em: <http://www.univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/21>. Acesso em: 23 de dez. 2015.

SIQUEIRA, R. C.; CARDOSO, JR. H. R. Discussão conceitual de estigma aludindo o conceito fundador de Goffman e de autores que pautaram suas ideias a partir dele. In: IV Simpósio Internacional de Educação e Filosofia: Biopolítica, Arte de Viver e Educação, 2011, Marília. Trabalhos Completos, 2011. p. 1326-1340. Disponível em: < http://www.fundepe.com/novo/ivsief/trabalhos/3320%20-%20Ranyella%20Cristina%20de%20Siqueira.pdf>. Acesso em: 23 de fev. 2016.

SOARES, Raquel. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social no anos 2000. In: MOTA, Ana; AMARAL, Angela. Serviço social brasileiro nos anos 2000: cenários, pelejas e desafios. Recife: Editora UFPE, 2014, 201-226.

SOUSA, Adriana Alves de; et al. A adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz – BA. *Sanare*, Sobral, v. 12, n. 1, p. 06-12, 2013. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/322/257>. Acesso em: 12 de jan. 2016.

SOUZA, Paulo Henrique Caetano. Níveis de Atenção à Saúde no Brasil. Portal Educação. 2013. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/fisioterapia/artigos/33011/niveis-de-atencao-a-saude-no-brasil>. Acesso em: 29 de dez. 2015.

TELLES, Helman. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde em Florianópolis. 2011. Disponível em: <http://acessopmf.blogspot.com.br/2011/09/de-helman-telles-muitas-vezes-e-comum-o.html>. Acesso em: 23 de fev. 2016.

TELLES, Thabata Castelo Branco; BLOC, Lucas Guimarães; EVANGELISTA, Kristine Teixeira Evangelista. Diferentes estigmas em diferentes doenças? In: III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2008, Niterói. III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2008. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/iii_congresso/posteres/diferentes_estigmas_em_diferentes_doencas.pdf>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

TORO, Ivan Felizerlo Contrera. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. *Serviço Social & Saúde*, Campinas, v. 4, n. 4, maio 2005. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=43716&opt=1>. Acesso em: 21 de dez. 2015.

TRAVASSOS, Claudia. MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup., p 190-198, 2004. Disponível em: <http://acessopmf.blogspot.com.br/2011/09/de-helman-telles-muitas-vezes-e-comum-o.html>. Acesso em: 23 de fev. 2016.

TRAVASSOS, CLAUDIA. OLIVEIRA; VIACARA, Francisco; OLIVEIRA, Evangelina X. G de. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 04. 975-986, 2006. Disponível em:

<http://acessopmf.blogspot.com.br/2011/09/de-helman-telles-muitas-vezes-e-comum-o.html>. Acesso em: 23 de fev. 2016.

UZELLI et al. Avaliação das dificuldades enfrentadas pelo paciente para realização de uma consulta médica de nível terciário. *Com. Ciências Saúde*, v. 23, n. 03, p. 207-214, 2012. Disponível em: < http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2012Vol23_3_2_Avaliacao%20das%20dificuldades%20enfrentadas.pdf>. Acesso em: 26 de fev. 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

VIANA, Camila Santos; ALMEIDA, Andréia Cristina S. Estigmas e preconceitos acerca da pessoa com transtorno mental, 2012. In: Seminário Integrado. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/viewFile/2882/2660>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

VIANA, Camila Santos et al. Pessoas com transtornos mentais: desafiando preconceitos. SEMINÁRIO INTEGRADO - ISSN 1983-0602, América do Norte, v. 04, p. 59-84, 2010. Disponível em: < http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/view/2754/2532>. Acesso em: 24 de fev. 2016.

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico Industrial ao Médico-financeiro. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n2/a10v12n2>. Acesso em: 16 de set. 2015.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. O Silencioso Desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

VIEIRA, Ed Wilson Rodrigues. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/650M.PDF. Acesso em: 27 de fev. 2016.

VILAÇA, Eugênio Mendes. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª Edição, Brasília, 2011. Disponível em: < http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>. Acesso em:

VIVEIRO, Alessandra A. A Revolta da Vacina. *Revista Eletrônica de Ciências*, n. 21, 2003. Disponível em: < http://www.cdcc.sc.usp.br/ciencia/artigos/art_21/revoltavacina.html>. Acesso em: 12 de dez. 2015.

VOLZ, Pâmela Moraes et al. A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela doença. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 03, p. 877-866, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00877.pdf>. Acesso em: 24 de fev. 2016.

YAZBECK, Maria Carmelita. Os fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ZxJ9du2bNS66joo4oU0y.pdf>. Acesso em: 13 de dez. 2015