

SERVIÇO SOCIAL E AS DESIGUALDADES SOCIAIS NA SAÚDE: desafios e dificuldades no acesso à política de saúde pública por pessoas vulnerabilizadas e marginalizadas

Anne Caroline Pereira Baptista¹

Resumo: O presente artigo relata como se dá a política de saúde no Brasil, trazendo um recorte dos desafios enfrentados pela população marginalizada e vulnerabilizada para acessar os serviços de saúde. Para tanto, foi realizada pesquisa desde a história da saúde no Brasil até os momentos atuais e as mudanças neste cenário. Com o objetivo de corroborar com o debate sobre a atuação do assistente social frente às desigualdades sociais na política de saúde, a pesquisa realizada neste trabalho buscou explicitar tanto os desafios, quanto as medidas tomadas para a resolução deste problema.

Palavras-chave: Serviço. Social. Política. Saúde. Assistência.

Abstract: This article reports how health policy works in Brazil, bringing an overview of the challenges faced by the marginalized and vulnerable population to access health services. For that, a research was carried out from the history of health in Brazil to the current moments and the changes even in this scenario. Aiming to corroborate the debate on the role of the social worker in the face of social inequalities in health policy, a survey carried out in this work sought to explain both the challenges and the measures taken to solve this problem.

Keywords: Service. Social. Policy. Health. Assistance.

Introdução

Desde as primeiras formas de saúde no Brasil, o grupo mais vulnerável e marginalizado da sociedade vem sendo excluído e superando desafios no acesso à saúde. Antes, seguido do modelo previdenciário só possuía acesso à saúde àqueles que contribuíam com o INAMPS. Seguindo a lógica mercadológica, investia-se mais na promoção da saúde privada e negligenciava-se a saúde pública, deixando à margem aqueles que não possuíam empregos e nem renda para se manter. Como esclarece Escorel:

¹ Assistente social com uma sólida formação acadêmica. Graduada em Serviço Social pela Universidade Unigranrio e pós-graduada em Serviço Social e Assistência Social na Saúde pela Faculdade Iguazu. Se dedica ao estudo e à prática do Serviço Social, com especial interesse na interseção entre assistência social e saúde.

O movimento transformador na área da saúde surgiu e articulou-se dentro de um panorama muito bem definido: a política de saúde então hegemônica era a da mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. O movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra de serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US). (Escorel, 1999, p. 51)

A partir desta ideia, nota-se que até mesmo no campo da saúde há desigualdade social, uma vez que só possui acesso à serviços de saúde quem por ela pode pagar, tornando a saúde um campo elitizado. Nesse sentido, a população mais pauperizada encontra-se sob o estigma de doença, uma vez que não possuem condições de acessar os serviços de saúde, seja pela falta de condição socioeconômica, seja pela dificuldade de acessar a própria política de saúde.

As dificuldades de acesso pelos grupos vulneráveis e marginalizados tornam-se mais escancaradas quando entendemos que a relação saúde-doença perpassa o conceito de que saúde é a ausência de doença, e que abrange lazer, cultura, bem-estar, meio-ambiente e etc. Para muito além de ausência de males no corpo físico, a saúde é inerente à condição socioeconômica do indivíduo.

Quando falamos de desigualdades sociais dentro da política de saúde, esse conceito perpassa a situação socioeconômica, de gênero, de escolaridade, de raça, de cultura, etc. O processo das desigualdades sociais está construído como forte característica do sistema capitalista, sendo um dos pilares que o sustenta como sistema hegemônico no Brasil. Além de fomentar a estigmatização da população pobre usuária como pessoas não saudáveis.

Portanto o presente artigo tem o objetivo de ampliar e trazer à luz o debate acerca das desigualdades sociais no campo da saúde, a fim de explicitar os desafios enfrentados pela população marginalizada e em situação de vulnerabilidade para acessar a política de saúde. Por meio de uma pesquisa descritiva esse debate foi desenvolvido.

Além de promover uma reflexão sobre como se dão as relações sociais nesta área, trazendo a público como as desigualdades sociais se ramificam para além do cotidiano das pessoas vulnerabilizadas e marginalizadas, se fazendo presente também na relação saúde-doença.

A análise deste artigo se dá de forma exploratória e descritiva à fim de explicitar como se dão as desigualdades sociais dentro da política de saúde brasileira e trazer a atuação do assistente social frente ao combate à essas desigualdades de modo à tornar mais digna e saudável a vida destes usuários.

1. HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL: UM RESUMO

A história da saúde no Brasil é marcada por forte presença do assistencialismo e da filantropia. Não existia um plano de governo voltado para uma política pública e efetiva que priorizasse um sistema público de saúde, sendo assim, a saúde da população pobre era administrada por associações da Igreja Católica e por obras filantrópicas. Os hospitais que ofereciam esses serviços de saúde para os necessitados eram conhecidos como as Casas de Misericórdia.

Segundo o trecho a seguir, as Casas de Misericórdia eram as principais formas de assistência pública no Brasil:

A assistência pública no Brasil não recebia subvenções e era administrada por particulares. As associações que se incumbiam da assistência dividiam-se em duas categorias: as que distribuíam auxílio a todos os necessitados em geral tendo como modelo a Santa Casa da Misericórdia, e as que se ocuparam dos próprios sócios, tais como as Irmandades Religiosas, as Ordens Terceiras e as Associações de Beneficência, de socorro mútuo, representadas estas últimas, pelas Beneficências Portuguesas, com seus hospitais, havendo ainda associações beneficentes inglesas, francesas e italianas. (CABRAL E VELOSO, 2006)

É a partir do cenário da presidência de Getúlio Vargas (1930-1945) que surgem as primeiras formas de políticas públicas voltadas à saúde e assistência social. Portanto, neste período há a implementação da saúde previdenciária à partir da institucionalização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que fortaleceram as bases da saúde privada – uma vez que só tinham acesso aos serviços de saúde os trabalhadores assegurados que contribuía para estes institutos. Portanto, a saúde pública não tinha ainda uma visão voltada ao cuidado daqueles que viviam à margem e não possuíam empregos nem renda financeira, mantendo forte ainda a cultura assistencialista e filantrópica do cuidado aos mais pobres. Como discute Batista:

Nesta fase, que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ampliando o papel das Caps, constituindo um primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro. Os IAPs passam a incluir em

um mesmo instituto toda uma categoria profissional, não mais apenas empresas – instituto dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC), dos industriais (IAPI) e outros –, e a contar com a participação do Estado na sua administração, controle e financiamento. Com os laps, inicia-se a montagem de um sistema público de previdência social mantendo ainda o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício. O trabalhador que não contribuísse com os institutos estava excluído do sistema de proteção. (BATISTA, 2007)

Com o golpe militar que ocorreu em 1964, ocorre uma mudança no cenário da política de saúde pública no Brasil, em 1977 é instaurado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), mantinha ainda o caráter previdenciário de contribuição, porém as ações de saúde voltadas à população pobre se mantinha focalizada e ainda contando com o apoio das Casas de Misericórdia e de ações filantrópicas. O que indica Souza:

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria de seus beneficiários. A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS). (SOUZA, 2002)

Com a extinção do INAMPS, dá-se então a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) na segunda metade da década de 1980, após uma forte luta do movimento sanitário, tornando a saúde pública no Brasil universalizada. Neste cenário a população marginalizada e vulnerabilizada passa a ter acesso aos serviços de saúde.

1.1. A saúde pública como expressão da questão social

A saúde pública no Brasil sofreu, desde seu início, mudanças tanto no campo de sua administração, quanto no plano de gestão política. Mesmo com a vitória do movimento sanitário que reivindicava um modelo de saúde universalizada, descentralizada e hierarquizada, a saúde pública sofre negligência em consequência da adoção de um Estado neoliberal e voltado para a mercadologia e a privatização.

Segundo Montaño (2003) a precária intervenção do Estado, a refilantropização da questão social e a remercantilização dos serviços sociais consolidam-se em três

modalidades de serviços: O privado - mercantil de boa qualidade; o estatal - gratuito precário; e, o filantrópico - voluntário geralmente de qualidade duvidosa. O que traz o esclarecimento que de acordo com essas três modalidades, coexistem três tipos de usuários: os integrados consumidores, os excluídos e os excluídos assistidos.

A falta de acesso à política de saúde por pessoas vulnerabilizadas e à margem da sociedade reflete o acirramento das desigualdades sociais, pois faz frente àqueles que por serem possuidores de poder aquisitivo conseguem acessar os serviços privados da saúde, recebendo cuidados preventivos, enquanto a massa popular permanece negligenciada tendo acesso às formas paliativas quando a doença já está estabelecida.

O que exemplifica Cohn:

[...] a questão que se coloca hoje, para o setor saúde, (...), alias como para os demais setores. É exatamente como conciliar as profundas desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira com a democracia, num contexto de crescente invisibilidade social da desvalorização das políticas sociais no geral reforçadas pelo discurso da eficiência e da moralização administrativa, tão atual hoje no país, e exatamente quando se propõe a universalização desses direitos sociais. (COHN, 1999, p. 29)

Diante deste fato, a falta de investimento e gestão em políticas sociais e públicas se caracterizam como uma expressão da questão social tendo em vista que, para além da relação saúde-doença, afeta também a situação econômica, cultural, política e social das classes mais vulneráveis, uma vez que a saúde está concretamente ligada à situação de vida das pessoas.

Como pontua Barata (2009, p.99) “O contexto social determina a cada indivíduo sua posição e esta, por sua vez, determina as oportunidades de saúde segundo exposições a condições nocivas ou saudáveis e segundo situações distintas de vulnerabilidade.”. É neste ponto que a desigualdade social se caracteriza como expressão da questão social dentro da política de saúde.

2. A SAÚDE COMO MERCADORIA NA CONTEMPORANEIDADE

Com a institucionalização do SUS, ocorreu um avanço significativo na política de saúde do Brasil, aqueles que não possuíam direitos e acessos à saúde foram contemplados com um serviço de saúde que abrangeu grande parte da população pobre do país, porém, mesmo com a luta do movimento sanitário por uma saúde

pública de qualidade, sob a ótica do sistema capitalista e da autoridade dos governos neoliberais, continuou-se a investir na saúde privada e no sistema dos planos de saúde, mantendo a saúde sob a lógica mercadológica. Segundo Lafraia:

O Sistema único de Saúde (SUS) é uma conquista sem relevante na questão de colocar a saúde como um direito universal. Ela foi fruto de um grande movimento popular pelo direito a saúde pública universal que confluiu com um estrondoso movimento operário que foi capaz de pôr fim a ditadura militar, mas que foi desviado para as eleições. Apesar desta conquista, desde as bases de construção do SUS foram colocados limitadores que acabaram por concretizar a mercantilização da saúde no Brasil. (LAFRAIA, 2018)

As medidas e serviços oferecidos pelo SUS possuíam caráter paliativo e focalizado, ou seja, voltados à garantia de uma solução imediata, não pensada em prevenção, mas em resolver o problema de saúde da população das classes mais baixas quando estes já se encontram em situação avançada, reforçando o estigma de que as pessoas vulnerabilizadas e marginalizadas não possuem uma condição de vida saudável. Ainda em Lafraia:

Toda esta questão está atrelada ao que é mais relevante para o mercado, ou seja, quais são os tratamentos mais modernos e os diagnósticos de ponta que ofereçam mais taxa de lucro, gerando então um fetichismo destes por parte daqueles que o irão consumir. Portanto, a saúde – ou melhor – a doença acaba sendo o destaque e tudo que se relaciona a esta (tratamento, diagnóstico, instalações hospitalares, profissionais da saúde) acabam se transformando em mercadoria. (LAFRAIA, 2018)

A partir dessa mercantilização, as desigualdades sociais crescem dentro da política de saúde. A saúde é tida como um fator social, e dentro da lógica capitalista, quando se transforma a saúde em mercadoria, o acesso à mesma é mantido apenas por uma pequena parte da população: aqueles que possuem poder aquisitivo para “comprar” saúde, o que torna os serviços de saúde mercadorias e os tiram da agenda da política pública instituída na Lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Diante do sistema capitalista, nos deparamos com uma alta demanda na venda de planos de saúde, configurando a saúde como mercadoria e inviabilizando o acesso comum aos serviços mais avançados e de alta tecnologia, ficando próximo à população marginal e vulnerável as medidas emergenciais e pontuais disponíveis no

SUS, que acabam por serem ineficazes, na maioria dos casos, por conta da falta de investimento em recursos e em profissionais qualificados.

Essa mercadologia da área da saúde viola os direitos comuns da população uma vez que fere a dignidade do usuário do serviço e da política de saúde excluindo-o do acesso aos serviços públicos que lhe são conferidos em Lei. Portanto, as desigualdades sociais na política de saúde são produtos diretos da lógica mercadológica que permeia a saúde no sistema capitalista.

3. A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL FRENTE ÀS DESIGUALDADES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE

Há, ainda, muita controvérsia sobre a atuação do assistente social na política de saúde, esse fato é consequência de um espaço ainda pouco ocupado por esses profissionais e com pouco debate. Porém, o assistente social é reconhecido como profissional da saúde pelas Resoluções nº 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde e nº 383/1999, do Conselho Federal de Serviço Social, nas quais é citado:

O Assistente Social pode ser qualificado como profissional da **saúde**, conforme as atividades que exercer efetivamente – Estando o assistente social em exercício perante o SUS, atuando no Programa de **Saúde** da Família, enquadra-se como profissional da **saúde** para fins de acumulação lícita de cargos. (BRASIL, 1997)

O assistente social frente à política de saúde é de suma importância para a avaliação e gestão dos serviços e ações voltadas ao acesso e à permanência de usuários dos serviços públicos e privados à saúde. Essa importância acontece por conta da articulação do profissional com a rede de serviços e de sua capacidade socioeducativa e orientadora, tornando possível, através de sua prática, promover uma consciência crítica e autônoma aos usuários dos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir/amenizar a situação de vulnerabilidades dos demandantes dos serviços assistenciais.

O serviço social vai ter como objeto de trabalho dentro da área de saúde, os processos socioeconômicos e culturais de usuários, possivelmente advindos de uma realidade em que enfrentam dificuldades e discriminações, justamente por não saberem ou não terem consciência do que lhe é direito assegurado e de que deveria estar assegurado e protegido pela Constituição.

3.1. Desafios do assistente social frente às demandas do SUS

Partindo da ideia defendida neste texto de que a saúde perpassa conceitos como cultura, política, meio ambiente, condições socioeconômicas, etc., entendemos que ela se configura em um fator que interfere na vida coletiva e social de cada indivíduo e essa interferência se estende também a vida profissional e ao trabalho dos indivíduos. De acordo com Nogueira e Miotto:

Como se vê, a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos, levando em conta as transformações societárias vividas ao longo do século XX e já no XXI, com a emergência do consumismo exacerbado, a ampliação da miséria e da degradação social e das perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho. Mais que isso, envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres. Nesse sentido é necessário apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo que a situação saúde/doença é uma representação da inserção humana na sociedade. (NOGUEIRA E MIOTTO, 2006, p. 229)

Diante de um cenário onde muito se investe nos setores privados e na mercadologia dos planos de saúde, a saúde pública é de certa forma negligenciada, cobrindo apenas o básico em saúde para a população mais vulnerável.

De acordo com esta implicação, a atuação do assistente social no âmbito da saúde se faz necessária, pois é à partir da visão crítica deste profissional e de sua articulação com a rede de serviços e com os órgãos jurídicos que se dá então a garantia dos direitos dos usuários.

Segundo Costa:

Essa capacidade de articulação é que permitiria a identificação e a produção de informações acerca da relação entre as condições de vida e de trabalho e o tipo de doenças que estas produzem. Ou seja, recolocaria a saúde como problemática coletiva e participe do conjunto das condições de vida, superando a sua histórica organicidade com as doenças, segundo a ótica da clínica anátomo-patológica e seu enfoque curativo e individual. (COSTA, 2007, p. 311)

Além de atuar em prol da garantia de direitos, o assistente social é peça importante na viabilização do acesso de populações mais vulneráveis socioeconomicamente e também de sua permanência nos espaços de promoção da saúde.

A partir de sua dimensão socioeducativa, o assistente social ainda é capaz de manter um sistema de diálogo que educa os usuários e orienta, tornando-os cientes de seus direitos frente à política de saúde brasileira. Dentre essa dimensão, uma das atuações e ações do assistente social na política de saúde é a busca ativa e o fortalecimento de vínculos do usuário com a família e a comunidade.

Na maioria das vezes, é atribuído ao assistente social inserido na política de saúde tarefas que não são suas atribuições privativas, derivados da não compreensão do trabalho desse profissional por outras categorias profissionais, o que gera uma descaracterização profissional frente ao campo de trabalho.

Considerações Finais

Em síntese, enfrentar o estigma e a discriminação de populações em situação de vulnerabilidades é papel do assistente social na saúde, uma vez que por conta do preconceito populações vulnerabilizadas não acessam à rede.

O acesso à atendimento e tratamentos de saúde faz parte da promoção de direitos desses usuários, cabendo aos profissionais da área promover estratégia de combate aos estigmas e preconceitos.

O assistente social tem papel de informar e orientar os usuários acerca de seus direitos e deveres dentro do espaço da saúde, promovendo assim uma maior dignidade para os mesmos, além de atuar na amenização das desigualdades que intrinsecamente estão atreladas às vulnerabilidades da população usuária.

Diante do exposto, o assistente social, em meio aos desafios como a falta de recursos, problemas na gestão, locais de trabalho precarizados, etc., ainda assim articulam e intermediam com a rede de serviços a fim de garantir os direitos e o acesso da população usuária que sofre com o estigma da pobreza à política e promoção da saúde.

Dentro dos limites do sistema de saúde brasileiro, o profissional de Serviço Social busca esboçar uma prática orientadora e informativa, à fim de emancipar os usuários da política de saúde sobre seus direitos, objetivando torna-los conscientes e conseguindo assim manter a permanência destes nos espaços de promoção à saúde e à tratamentos médicos de prevenção de doenças.

A partir da discussão proposta neste artigo, foi possível ir além das relações sociais cotidianas e imergir no debate acerca dessas desigualdades sociais presentes na política de saúde brasileira que estigmatiza e exclui parte da população do acesso e dos direitos que são garantidos por Lei.

Percebe-se que esses grupos não possuem proteção social frente ao sistema de saúde, tendo em vista a exclusão e as dificuldades em acessar os serviços. Esse fortalecimento nas violações de direitos desses usuários mantém em lucro a mercadologia da saúde, de forma que não haja investimentos no setor da saúde pública.

Portanto, conclui-se diante dos fatos apresentados que apesar de violação grave dos direitos humanos e também da população, essa “exclusão” dos grupos pauperizados da sociedade do sistema de saúde financia e mantém o sistema hegemônico de compra e venda de planos de saúde e da saúde como mercadoria.

As desigualdades sociais se desenham na sociedade como um fator social que causa risco e coloca os grupos pauperizados em um espaço de não acesso e de preconceito. Uma vez que em unidades de atendimentos voltados à saúde esses usuários se deparam, além dos desafios já citados, a falta de preparo de profissionais que possuem e mantém práticas fundamentadas no preconceito e na discriminação por sua situação socioeconômica.

Referências

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Orgs.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, pp. 29-60, (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

BARATA, Rita Barradas. Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde)

BRASIL, Resolução nº 218/1997 dispõe sobre a atuação do assistente como profissional da saúde pelo Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL, Resolução nº 318/1999 dispõe sobre a atuação do assistente social como profissional da saúde pelo Conselho Federal de Serviço Social.

CABRAL, Jacqueline; VELLOSO, Veronica Pimenta. Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Fiocruz. Disponível em: <<https://dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/stcasarj.htm#ficha>>. Acesso em 03.03.23

COHN, Amélia at. Alli. As heranças da saúde: da política de desigualdade à proposta de equidade. IN: A saúde como direito e como serviço. 2a ed. São Paulo: Cortez, 1999.

SCOREL. Sarah. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 1999.

História da Saúde no Brasil. Organização Luiz Antonio Teixeira, Tânia Salgado Pimenta, Gilberto Hochman. – 1. ed. – São Paulo : Hucitec, 2018.

LAFRAIA, Rafaella. No capitalismo a saúde também é mercadoria. Esquerda Diário, São Paulo, 12.07.18. Disponível em: <<https://www.google.com/amp/s/www.esquerdadiario.com.br/No-capitalismo-a-saude-tambem-e-mercadoria%3famp=1>>. Acesso em: 07.03.23

MONTANÕ, Carlos. Terceiro Setor e a Questão Social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social. 2a ed, São Paulo: Cortez, 2003.

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e trabalho profissional
MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (orgs.). São Paulo: Editora Cortez, 2006.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL – TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, ago. 2002, São Paulo. Anais eletrônicos... Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf>. Acesso em: 03.03.23