

O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nelize Moscon¹
Tânia Regina Krüger²

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre as demandas por acesso que chegam ao Serviço Social na Atenção Básica em Saúde no município de Florianópolis. A Atenção Básica é a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde e aonde chega para o assistente social as tradicionais demandas às quais se mesclam entre necessidades sociais e de saúde. Este amplo leque de demandas expressa necessidades de saúde no conceito ampliado do SUS. Portanto, o conjunto dessas necessidades revela a enorme carência de proteção social em que vive grande parte da população. Para o Serviço Social, é difícil responder as demandas imediatas dos usuários, mas o desafio é maior quando se pretende dar visibilidade pública a elas, com vistas a garantir o acesso preconizado na Constituição e nos princípios do Código de Ética Profissional.

Palavras chaves: Serviço Social. Atenção Básica à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A inserção do Serviço Social na Atenção Básica em Saúde no município de Florianópolis vem acontecendo desde 1989 por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina, na qual, alunos de graduação de cursos da saúde são inseridos no serviço do município, por meio de projetos de extensão, pois não havia assistente social na rede. A partir de 2002 também nesta parceria, alunos de pós-graduação são inseridos, por meio do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família, que é formado pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e pelo Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

¹ Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assistente Social da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis da UFSC. E-mail: nelizemoscon@hotmail.com.

² Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: tania@cse.ufsc.br.

Este trabalho resultou da experiência de dois anos de atuação do Serviço Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e tem como objetivo refletir sobre as demandas por acesso que chegam ao Serviço Social na Atenção Básica. A atuação do profissional aconteceu em um Centro de Saúde da Família (CSF) de Florianópolis, portanto na Atenção Básica em Saúde.

Utilizou-se o significado de acesso como sua definição: ato de ingressar, entrada, possibilidade de chegar e aproximação. De acordo com esta definição, acessar os serviços públicos, e particularmente os de saúde, significa a concretização de um direito social e também uma forma de acessar a riqueza socialmente produzida.

Apesar de se utilizar este conceito mais restrito de acesso, concorda-se com as reflexões de Alves³ (2010, p. 17) onde refere que a concepção de acesso utilizada na saúde é mais abrangente do que o ato de ingressar, mas incorpora também a etapa da utilização dos serviços de saúde. Ou seja, além da entrada, incorpora o recebimento dos cuidados subsequentes. Outros autores também ressaltam que “o conceito de acesso é complexo e muitas vezes é empregado de forma pouco claro na sua relação com os serviços de saúde, e que varia entre os autores, muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto (ALVES, 2010, p. 17).

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 institui a saúde como um direito de cidadania de toda a população e como um dever do Estado promovê-la (BRASIL, 2008). O princípio da universalidade, que caracteriza este direito, trouxe um significativo avanço com relação à possibilidade de todos terem direito ao atendimento, ao acesso aos serviços de saúde nos vários níveis de complexidade conforme a necessidade, anteriormente restritos àqueles segurados pela Previdência Social ou àqueles atendidos na rede privada.

Discutir o acesso da população aos serviços de saúde é um tema que vem tomando corpo tendo em vista que a *universalidade do acesso* é o primeiro dos treze princípios do SUS (BRASIL, 2008). Na perspectiva deste texto o acesso não pode ser separado da universalidade, como temos observado em tantos outros trabalhos. Estudar o acesso não é criar uma categoria nova ou um princípio novo para o SUS e sim refletir sobre este princípio que está reconhecido formalmente, mas que sua implementação é frágil e recheada de polêmicas e resistências institucionais, políticas e econômicas.

³ Assistente Social do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, que estudou o tema do acesso aos serviços de saúde em sua dissertação de Mestrado intitulada “Trajetórias de acesso da população aos serviços do SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica”, defendida em 2010.1.

O acesso da população aos serviços de saúde públicos possui uma série de condicionalidades, desde o costume de buscar os serviços clínicos da atenção básica até a alta complexidade; as crenças religiosas ou os tratamentos caseiros; a auto-medicação; a disponibilidade de serviços e de transporte; referências das formas de atendimento dos profissionais; distâncias geográficas; as notícias vinculadas pela mídia em relação aos atendimentos públicos e privados; a propaganda da indústria médico-farmacêutica e a forma como a gestão local da saúde se apresenta para seus munícipes. Portanto, o acesso envolve um conjunto de elementos culturais, políticos e econômicos em relação aos serviços de saúde que historicamente vem sendo ofertados a uma população.

Ao lado destes elementos, atualmente o processo de municipalização, com certeza, está forjando novas características ao acesso da população aos serviços de saúde. Decorrendo daí o aumento de mercado de trabalho para várias profissões e a ampliação dos serviços oferecidos por ente da federação. As atribuições do SUS (que fogem em muito da perspectiva clínica e curativa) e o conceito ampliado de saúde, com o reconhecimento das determinações sociais do processo saúde-doença, no espaço do executivo e da gestão está se materializando em vários programas, demandando com frequência o trabalho de vários profissionais não médicos e alterando o perfil e as necessidades de saúde dos usuários.

Com isto, a demanda historicamente reprimida parece crescer na mesma medida em que os serviços vão sendo disponibilizados. Os referenciais clínicos que pautaram o atendimento tradicional se somam, em parte, aos referenciais das ciências sociais para a construção de perspectivas de trabalho que visem atender as demandas coletivas.

Os 21 anos do Sistema Único de Saúde e a universalidade de acesso certamente representaram ganhos significativos de acesso aos serviços de saúde no Brasil. Mesmo com todas as suas dificuldades, como a falta de funcionários, de medicamentos, equipamentos e poucos recursos, o sistema está aberto para todos. O SUS traz importantes avanços à saúde, os quais podem ser legitimados através dos dados levantados por Santos (2008, p. 2):

O SUS é sabidamente o maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 95% dos municípios com 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários, entre os quais 92%, com 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2006: 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 300 milhões de consultas médicas, 11,5 milhões de internações, 360 milhões de exames laboratoriais, 2 milhões de partos, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 15 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radio-quimioterapia e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, assim como na criação e

funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, na extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, na criação e funcionamento dos conselhos de saúde.

O reconhecimento da saúde como direito e de acesso universal, que representa um ganho civilizacional importante para o nosso país, por outro lado está ampliando de maneira crescente o que já é hegemônico por muitos anos, a busca por serviços de saúde na perspectiva clínica e individual, ainda que em muitos casos apareça a roupagem da promoção e da prevenção da saúde. Isto está sendo potencializado pela mídia, pela necessidade de conseguir mercado de trabalho para os formados nas universidades que também se multiplicaram nas duas últimas décadas e pela indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares que vem buscando novos nichos de mercado com a crise de reprodução do capital que se instalou a partir dos anos de 1990.

A postura resistente e corporativista de algumas categorias profissionais, embora se apresente muitas vezes com discursos contrários, ainda permeiam nossa prática diária, muito embora, as mudanças nos currículos dos cursos de graduação na área da saúde, principalmente os tradicionais medicina e odontologia, tenham avançado bastante na direção dos princípios do SUS.

Estes são alguns elementos que com certeza estão potencializando ou reduzindo o acesso das pessoas aos serviços de saúde e acabam caracterizando o perfil das demandas na Atenção Básica em Saúde que é a porta de entrada do usuário no SUS. Neste contexto, chegam ao assistente social as tradicionais demandas individualizadas espontâneas ou encaminhadas pelos demais profissionais da rede, às quais se mesclam entre as necessidades de saúde e as necessidades sociais.

Para viabilizar os princípios do SUS, entre eles o acesso universal, a gestão do Sistema, por iniciativa própria ou por pressão dos colegiados de participação social, vem com frequência regulamentando através de Normativas, Portarias, Pacto, Cartilha de Direito dos Usuários da Saúde, entre outros, a organização dos serviços. Portanto, o acesso aos serviços de saúde possui um fluxo determinado com as atribuições de cada esfera de governo e nível de atenção (básica, média e alta complexidade), hierarquias, referência e contra referência, central de regulação para vários serviços e colegiados decisórios de gestores dos Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho de

Informações sobre Biotecnologia e Centro de Informação Toxicológica (COSEMS, CONASEMS, CONASS, CIB e CIT).

O primeiro princípio da Cartilha dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006) refere que “todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando um atendimento mais justo e eficaz”. Então este leque de serviços e normatizações da gestão em tese têm a função indicada nesta Cartilha que é de organizar e ordenar os serviços para garantir o direito à saúde.

Este complexo aparato burocrático, normativo e de gestão que é contínuo em seu processo organizativo e de reatualização, vem sendo tencionado pelos que defendem as bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária e do SUS e os que defendem o projeto privatista da saúde, que vem tomando corpo, sobretudo, a partir do projeto de Reforma do Estado desencadeado nos anos de 1990.

2 A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA: AS MEDIAÇÕES PARA VIABILIZAR O ACESSO

É nesta conjuntura de conquistas e tensões que o assistente social trabalha na área da saúde. Com o SUS, ampliaram-se as possibilidades do profissional trabalhar com educação e promoção da saúde, com planejamento/orçamento, gestão, capacitações, regulação, ouvidorias, sistemas de informação, vigilância em saúde, saúde do trabalhador, controle social entre outras áreas.

As possibilidades de trabalho multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais estão contando com a presença de assistentes sociais, muitas vezes na sua coordenação, na gestão e no planejamento. Mas as demandas espontâneas ou encaminhadas, que nos chegam pelas unidades básicas, atualmente denominadas Centros de Saúde da Família, também reproduzem as tradicionais demandas da profissão (KRÜGER et al, 2009).

Na experiência de atuação nos anos de 2008 e 2009 na atenção básica por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, as necessidades de saúde por acesso apareceram de várias formas, sendo as mais prevalentes: a demora do agendamento de consulta com especialistas na atenção secundária; a dificuldade e a demora na marcação de exames necessários para elucidação de diagnóstico e inexistência de um fluxo com relação à realização de cirurgia de laqueadura e vasectomia.

Outras necessidades que também apareceram, mas relacionados ao contexto do município como um todo foram: de usuários de outros CSF que também procuravam atendimento no bairro de atuação devido a demora no agendamento de consulta com médico ou cirurgião dentista na unidade de saúde do bairro de sua residência; serviços inviabilizados por infra-estrutura ou equipamentos sucateados; Equipes de Saúde da Família incompletas (com falta de algum profissional, evidencia-se com maior número a falta do Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros. Estas demandas dos usuários expressam que este complexo burocrático, acima referenciado, para organização dos serviços é falho ou que não dá conta da demanda.

Muitas vezes a consulta esperada com especialista na atenção secundária é marcada e o usuário não sabe como chegar ao local, não tem dinheiro naquele momento para pagar o transporte público ou não consegue articular a dinâmica familiar para sair de casa (encontrar outro familiar para cuidar de um idoso ou acamado sob sua responsabilidade, por exemplo).

Outras vezes a demora na marcação e realização de exames e consultas especializadas na atenção secundária tem levado muitos usuários a buscar outras alternativas para sanar seu problema (procurando o setor privado ou se utilizando de clientelismos no serviço público) resultando assim num significativo número de faltas a estes exames e consultas. Quando isso acontece, nem sempre o profissional de saúde consegue perceber as inúmeras barreiras sociais que existe entre o momento em que o usuário sai de sua casa em busca de um serviço de saúde e o momento em que ele chega à mesa do consultório. Este conflito se apresenta tanto na resistência do profissional da atenção básica no instante que o usuário retorna para agendar novamente, como no profissional da atenção secundária, que o rotula como “irresponsável”, que não “valoriza as oportunidades”.

Outros exemplos de acesso à saúde como direito negado, decorrente da carência socioeconômica da população, podem ser descritos: no medo do usuário analfabeto ou com sofrimento mental de sair de seu bairro de residência; do idoso que não quer fazer a internação hospitalar ou a cirurgia, pois nenhum familiar pode acompanhar o procedimento; da linguagem técnica de difícil compreensão utilizada por alguns profissionais nos serviços de saúde, onde o usuário sai da consulta com especialista e retorna para o médico do “postinho” sem saber dizer qual é o seu problema, sem saber qual medicamento deve tomar e de que forma, sem contra-referência sobre sua situação de saúde. Em todos esses casos, os usuários acabam “pedindo soluções” para o assistente social, seja uma requisição de transporte, uma orientação, um desabafo, uma mediação entre sua situação e o profissional de saúde.

No entanto, estas demandas por acesso aos serviços de saúde, não chegam ao Serviço Social isoladas, mas acompanhadas de outras necessidades sociais. As necessidades trazidas pela população na atenção básica são necessidades de saúde na sua concepção ampliada, envolvendo a educação (procura de vaga em creche), Assistência Social (Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, alimentação, vale-transporte), trabalho (desemprego), habitação (falta de moradia) e direitos previdenciários (grande maioria no mercado informal).

Esse conjunto de necessidades em saúde e também necessidades sociais revelam a enorme carência de proteção social em que vive grande parte da população. A grande maioria dos usuários não tem acesso a esses serviços sociais, por desconhecimento desse direito ou porque os serviços descritos nas legislações como direitos, muitas vezes não saíram do papel. Também chegam para ao assistente social demandas de usuários que tem conhecimento da existência do serviço, mas por analfabetismo, carência sócio-econômica ou falta de apoio familiar não conseguem acessá-lo.

Nos demais serviços sociais a exigência de vários documentos burocráticos, a falta de técnicos para atendimento, a difícil localização de alguns serviços, a falta de recursos dos programas (com destaque da falta de cesta básica no Centro de Referência de Assistência Social) foram formas percebidas de restrição do acesso da população aos seus direitos, decorrendo daí demandas que retornaram para o Serviço Social na Atenção Básica.

Nesta experiência, como forma de ilustração, muitos pais procuravam atendimento com Assistente Social “pedindo ajuda” para conseguir vaga em creches do bairro. Embora esforços foram empreendidos no sentido de conversar com diretoras das escolas, com a Secretaria Municipal da Educação, orientação aos pais para procurarem o Conselho Tutelar, os resultados não foram visíveis até o final da experiência. Também se conseguiu articular e inserir um ACS como representante do CSF do bairro em Comissão Municipal que analisa vagas excedentes na educação infantil. Nesta representação, ainda principiante, as reivindicações dos pais puderam ser remetidas aos gestores responsáveis, e pode ser potencializada com assessoria contínua do assistente social ao ACS representante.

As necessidades de acesso à cirurgia de laqueadura e vasectomia, também foram expressivas nesta experiência, uma vez que, o assistente social, juntamente com equipe multiprofissional, realizava mensalmente Grupo de Planejamento Familiar e era o responsável pela organização das listagens dos interessados. A política de planejamento familiar mostrou-se ineficiente no município: não houve pactuação da cirurgia de laqueadura no município em todo o período de residência; não havia um fluxo definido da

demanda para vasectomia, sendo instáveis as orientações de onde e como acessar o serviço.

Muitas mulheres do bairro (aproximadamente 120) estavam na lista de espera para realizar cirurgia há mais de dois anos. Em 2009, após dois anos sem cirurgias realizadas, a partir de um fluxo da SMS, a mesma pactuou vagas em um município vizinho, por meio de um mutirão. Muitas usuárias procuraram o Serviço Social com aflição, por que não tinham carro ou condições financeiras para pagar transporte até o município vizinho a fim de realizar a cirurgia (embora a distância não fosse tão significativa, os cuidados pós-operatórios requeriam um transporte mais confortável). O assistente social procurou viabilizar o transporte das usuárias fazendo contatos com a equipe do programa Saúde da Mulher, mas o mesmo não atendeu às solicitações. Somente uma solicitação de transporte foi possível por meio de um dos programas da Assistência Social onde o caso da mulher chamada para a cirurgia de laqueadura era acompanhada por aquele programa.

Dentre as mulheres encaminhadas para este mutirão, poucas fizeram no início de 2009 e as demais aguardaram por mais de oito meses quando foi comunicado mudanças (a pactuação desfeita entre os municípios), gerando confusão e incerteza de quando e onde fariam esta cirurgia.

As respostas do Serviço Social a estas questões, assim como a dificuldade de acesso aos exames e consultas na Atenção Secundária, não são passíveis de soluções imediatas, dependem de mudanças de estrutura do funcionamento dos serviços, de negociações com a gestão, de articulações intersetoriais com escolas, igrejas, associações não governamentais presentes no território.

Também foram remetidos a uma discussão coletiva mais ampla, colocadas em discussão na reunião do Conselho Local de Saúde, que reconheceu a importância e se propôs a colocar como prioridade para a agenda 2010.

Com relação à forma do assistente social responder essas necessidades de acesso em saúde, foram basicamente de duas maneiras: em sua maioria no plano individual, fornecendo informações claras e socializando direitos sociais; e também no âmbito coletivo, quando se remeteu para uma discussão mais ampla, para as formais instâncias de controle social como o Conselho Local de Saúde, Fóruns, Comissões de bairro, Associações Comunitárias.

O Conselho de Saúde do bairro além das demandas por laqueaduras e os propostos mutirões, vem discutindo desde a sua implantação em 2002 diversas demandas de acesso aos serviços de saúde, como: falta de medicamentos no CSF, o processo de marcação de consultas, falta de profissionais em determinadas ESF, dificuldades na marcação e realização de exames na atenção secundária. Outra demanda de acesso diz respeito à

necessidade de posto de coleta de exames no CSF, tendo em vista que a distância geográfica dos laboratórios somada à dificuldade econômica da população inviabiliza sua realização. Algumas destas reivindicações tiveram êxito, como no caso do posto de coleta de exames no próprio CSF, outras ainda dependem de maior articulação e luta.

No ano de 2009 o CLS ficou bastante envolvido com questões de democracia interna e de suas representações. Se por um lado, no decorrer desta experiência, o Conselho não avançou para as discussões e encaminhamentos de suas demandas por acesso, o mesmo pode rever a importância do papel de suas representações. O Serviço Social vem tendo na Residência da Saúde da Família uma participação efetiva junto ao CLS daquele bairro, articulando a participação das entidades e conselheiros, assessorando nas capacitações através de oficinas sobre a legislação do SUS e sobre os Direitos dos Usuários da Saúde.

3 CONCLUSÕES

A partir deste conjunto de necessidades de saúde e necessidades sociais em geral o desafio está em responder as demandas imediatas dos usuários, via várias mediações intersetoriais, mas torna-se ainda maior quando se pretende sistematizar para dar visibilidade pública a estas demandas, colocar como pauta nas reuniões das instâncias de controle social, subsidiar o planejamento das políticas públicas e negociar com os gestores com vistas a garantir o acesso preconizado na Constituição e nos princípios do Código de Ética Profissional.

Numa realidade onde se percebe cada vez mais uma política em saúde de contenção de custos, de restrição do acesso com incentivo ao pagamento de serviços privados de saúde e com direção focada para a população pobre e não para a universalidade, é preciso mais do que nunca de profissionais comprometidos com a garantia do acesso aos serviços de direito social.

O Assistente Social na atenção básica contribuiu junto às Equipes de Saúde da Família em discussões das interferências sociais no processo saúde-doença, desconstruindo a relação de atendimento em saúde meramente curativo, clínico individual e médico centrado. Também tem um papel importante na promoção do acesso da população à saúde como direito adquirido, de forma universal, realizando seu serviço de modo que o usuário tenha informações claras ao procurar o serviço, um atendimento humanizado, acesso aos

serviços de média e alta complexidade. Possibilitar o acesso significa promover a cidadania, a inclusão social; significa modificar a realidade das famílias, melhorando sua qualidade de vida e suprimindo necessidades concretas de saúde. Mas esta é uma tarefa do conjunto dos trabalhadores da saúde, com os quais o assistente social pode contribuir.

O Serviço Social na atenção básica, sempre na história da profissão foi a área de menor inserção. No entanto, com a municipalização, os inúmeros programas de promoção e prevenção da saúde dirigida a populações específicas (idade, gênero, patologias, dependente químicos....) os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e as diferentes iniciativas locais, inclusive colocando o profissional na ESF, pode começar alterar este quando histórico. Com a implantação dos Centros de Referência de Assistência Social, as articulações intersetoriais aparecem como necessárias, assim como, com os demais programas da área da Assistência Social, a exemplo do programa Bolsa Família, que colocam algumas condicionalidades no âmbito da saúde para as famílias contempladas.

A reflexão da prática realizada via sistematização das ações, com indicações de subsídios para pensar a própria prática profissional na atenção básica e apresentar elementos de necessidades sociais e de saúde para a pauta do Conselho Local e Municipal de Saúde, para a construção dos Planos de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão, pois são tarefas que também se colocam na ordem do dia.

THE SOCIAL WORKER IN THE PRIMARY CARE AND THE ACCESS TO THE HEALTHY CARE

ABSTRACT

The present work discuss about the needs of people to access the Sistema Único de Saúde (SUS) that arrive for the Social Worker in the Primary care Health in a Healthy Center in Florianópolis. The Primary care is the first contact of people in the SUS in which arrive to the Social Worker the traditional requests that combine social and health needs. These requests express not only health needs but work, education and food either. Therefore these requirements express lack of social protection in which lives the most of people. To the Social Worker is difficult to answer people's immediates requirements however is challenger to give visibility these requirements aiming to assure the access that is recommended on the Brazilian Legislation and in the Professional Ethic Code's principles.

Keywords: Social Work. Primary Health Care. Health Services Accessibility.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. L. **Trajetórias de acesso da população aos serviços de alta complexidade no SUS: um estudo sobre a cirurgia bariátrica.** 2010. 186f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil (1988).** São Paulo: Saraiva, 2008.

KRUGER, T. R. et al. **Plano de trabalho do serviço social da residência multiprofissional em saúde da família/2009.** Florianópolis: UFSC, 2009. (Trabalho não publicado).

SANTOS, N. R. **Encruzilhada no rumo do SUS: considerações.** [S.l.], 2008. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/site/download/ENCRUZILHADA.doc>>. Acesso em: 08 abril 2010.

Submetido em: 06 de maio 2010.
Aceito para publicação em: 16 de dez. 2010.