

## ACESSO A MEDICAMENTOS GRATUITOS PARA O TRATAMENTO DE DIABETES: UM DIREITO DE TODOS

FRANCINE TAMOS SILVA\*  
SILVANA APARECIDA MAZIERO CUSTÓDIO\*\*

### RESUMO

O presente estudo, cujo tema é "**Acesso a medicamentos gratuitos para o tratamento de diabetes: um direito de todos**" foi realizado no Hospital Estadual Bauru, no período de fevereiro a novembro de 2008. O objetivo proposto foi averiguar a retirada de medicamentos para o tratamento de diabetes junto ao Sistema Único de Saúde no município de Bauru. A pesquisa realizou-se numa abordagem quali-quantitativa a nível analítico descritivo. O universo em questão compôs-se de sessenta pacientes atendidos nas intermediações do "HEB" no período de maio a julho de 2008. A amostra foi "probabilística casual simples" no conjunto de trinta e quatro sujeitos válidos. Para o enriquecimento do trabalho foram entrevistados dois profissionais: um assistente social e um médico endocrinologista. Foi utilizado como instrumento a pesquisa documental, observação sistemática, entrevista semi-estruturada e o formulário. Os resultados da pesquisa apontaram que os pacientes possuem acesso aos medicamentos receitados para o tratamento da diabetes. Entretanto há escassez dos mesmos em alguns casos impossibilitando assim o atendimento integral.

Portanto, proporcionar aos usuários do SUS acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação torna uma travessia difícil e desafiante no município de Bauru.

**Palavras-chave:** Direito a medicamentos – Diabetes – Saúde Pública – Serviço Social.

\*Bacharelada em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Bauru, mantida pela Instituição Toledo de Ensino.

\*\*Possui graduação em Serviço Social pelo Instituição Toledo de Ensino (1983), especialização em Serviço Social pelo Instituição Toledo de Ensino (1995), mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2000) e doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana pela Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Atualmente é Assistente Social da Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais e Chefe de Divisão de Apoio Hospitalar da Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase

## ABSTRACT

This present analysis, whose theme is “**Access to free medicine for the treatment of diabetes: a right of all**”, was conducted at the Estadual de Bauru Hospital, in the period from February to November 2008. The objective was to determine the withdrawal of medicines for the treatment of diabetes through the Sistema Único de Saúde (SUS), in Bauru city. The research developed in a qualitative and quantitative approach to descriptive analytic level. The analysis in comment was composed of sixty patients seen at HEB during the period from May’ 08 until July of this year. The sample was "mere probability casual" in the number of thirty-four patients. In an attempt to enrich the study were interviewed two professionals: a social worker and a endocrinologist. Was used as instrument in this analysis research documentary, systematics observations, semi-structured interview and forms. The survey results showed that patients have access to prescription medicines for the treatment of diabetes, however, there is a shortage of them in some cases, which prevents the full attendance. Therefore, allow SUS users universal ande qual access to your promotion, protection and recovery, its is a crossing as difficult as challenging in Bauru City.

**Keywords:** Uniqye System of Health – Diabetes – Public health – Service Social.

## 1 INTRODUÇÃO

Uma das situações mais freqüentes, considerando a assistência à saúde, no Brasil é o paciente sair da consulta médica e constatar que os medicamentos que lhe foram receitados não estão disponíveis gratuitamente e, se tentar comprá-los, não terá condições financeiras para tal.

As pessoas que sofrem com o diabetes, no Brasil, podem usufruir dos benefícios da Lei Federal 11.347/06 que determina que os portadores devem receber gratuitamente por meio do Sistema Único de Saúde os medicamentos necessários para o tratamento de sua doença e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar.

Vem sendo bastante difundido, atualmente, o direito à saúde garantido a todo e qualquer cidadão pela Constituição Federal. Esse mesmo direito é reforçado pela Lei Federal nº 8.080/90, que transfere aos Estados e Municípios a obrigação de colocar em prática essa assistência ao paciente, incluindo a assistência farmacêutica. Obviamente esse assunto interessa, e muito, aos portadores de diabetes em geral, uma vez que a grande maioria gasta muito dinheiro com a manutenção do seu tratamento vital. Diante então do elevado número de pacientes, Governo Federal criou a Lei 11.347, citada acima, visando à regulamentação do fornecimento gratuito de medicamentos e insumos indispensáveis ao tratamento do Diabetes.

Da mesma forma, e com o mesmo objetivo, foram estabelecidos em alguns Municípios os chamados “protocolos de atendimento”, a partir dos quais os portadores de Diabetes têm à disposição uma lista de medicamentos e insumos pré- estabelecidos, inclusive em sua quantidade. Para isso, basta que o paciente dirija-se a uma unidade do SUS próxima de sua residência, de posse de uma receita médica na qual pode constar inclusive a indicação de outros medicamentos para o controle de enfermidades decorrentes do Diabetes, e questione na farmácia a existência desses medicamentos. E é aí que muitos pacientes começam a ter problemas no fornecimento de seus tratamentos.

A falta de medicamentos das unidades de saúde do município de Bauru, tem sido a maior reclamação dos pacientes que precisam deste serviço, pois embora seja boa a intenção para a criação desses protocolos, quase a totalidade deles não inclui os tratamentos menos conhecidos e, na maioria das vezes, mais caros. Assim, aqueles que necessitam de medicamentos de última geração geralmente ficam desamparados, tendo de recorrer às ações

judiciais para garantirem seu direito constitucional, isto quanto os medicamentos básicos não estão em falta na unidade.

Desta maneira o Serviço Social assume um papel mediador das relações sociais, pois busca garantir o direito dos cidadãos ao acesso a todos os medicamentos necessários para o seu tratamento; e o assistente social tem um papel imprescindível nessa luta da garantia das políticas de saúde, enquanto direito de cidadania e um compromisso político, ainda maior, com a transformação da sociedade.

Diante disso, o presente estudo que traz como tema “*Acesso a Medicamentos Gratuitos para o Tratamento de Diabetes: Um Direito de Todos*” é inovador e contribuirá para o Serviço Social, pois se propõe demonstrar a relevância do trabalho do assistente social com os pacientes diabéticos, conscientizando-os de seus direitos, conseqüentemente, contribuindo para a sociedade como um todo.

Este estudo tem por objeto o processo de efetivação do direito à aquisição gratuita de medicamentos para o tratamento da pessoa com diabetes, em Bauru. Realizado no período de fevereiro a novembro de 2008, apresenta como objetivo geral constatar se o direito a medicamentos gratuitos à pacientes diabéticos está sendo efetivado em Bauru. Tem também por objetivos específicos: conhecer a realidade dos pacientes que adquirem os medicamentos junto ao SUS; desvelar a importância desse acesso gratuito; bem como, se há ou não dificuldades para tal ato; verificar a concepção do usuário no acesso à medicação pelo SUS; visualizar se há interrupções da medicação causadas pelas dificuldades de acesso; e, analisar o trabalho do assistente social nesse processo.

A pesquisa realizou-se com enfoque exploratório, utilizando-se a abordagem quali-quantitativa, de forma a representar um panorama dos pacientes que adquirem medicamentos gratuitamente junto ao SUS, no que se refere à intervenção ou não de um assistente social, bem como a dificuldade de acesso a tais medicamentos, obtendo os dados qualitativos através da subjetividade e dos valores dos sujeitos e os dados quantitativos coletados através de informações diretas dos pacientes. Utilizou-se formulários semi-estruturados contendo treze perguntas entre objetivas e subjetivas, permitindo, assim, atingir os objetivos propostos. O universo pesquisado foi de sessenta pacientes registrados nos prontuários eletrônicos do Hospital Estadual Bauru, no período de maio de a julho de 2008, sendo a amostra de 56,67%, ou seja, totalizando trinta e quatro sujeitos válidos.

Vale ressaltar que a pesquisadora considerou de suma importância, na pesquisa de campo, o envolvimento de profissionais que atuam no diagnóstico e encaminhamento dos pacientes para os órgãos dispensadores de medicamentos (Unidades de Saúde), pois seriam

de grande contribuição científica na discussão de suas ações, integradas ao processo burocrático para o acesso a medicação. Durante a elaboração deste trabalho foram entrevistados um médico e uma assistente social que contribuíram e enriqueceram o mesmo.

O pré-teste foi aplicado com dois pacientes, constatando-se a necessidade de realizar algumas alterações no formulário, a fim de garantir melhor alcance dos objetivos traçados no projeto.

Quanto à Fundamentação Teórica, este estudo pretendeu realizar breve explanação sobre o tema. O segundo item contextualiza a Política de Saúde no Brasil, abordando o conceito de saúde; as políticas públicas, bem como, a política de saúde no Brasil.

No terceiro item procurou-se apresentar a contextualização do Sistema Único de Saúde, enfocando a Gestão, os Princípios, o Neoliberalismo que rege, de uma certa forma, a Saúde Pública, e a municipalização do Sistema.

No quarto item aborda-se o direito a medicamentos gratuitos, bem como, os medicamentos fornecidos pelo SUS e o Programa de Dispensação de Insumos para diabetes.

No item cinco descreve-se sobre o Diabetes, contextualizando e classificando. Já no sexto item descreve-se o Hospital Estadual Bauru, sua trajetória e a Unidade Psicossocial onde atua os assistentes sociais e psicólogos enquanto equipe multidisciplinar.

No sétimo item aborda-se as lutas e práticas do Serviço Social na área da Saúde, as atualidades para a profissão, e também o Projeto Ético Político, o que vem respaldar a categoria em todas as suas ações.

No item oito encontra-se o estudo preliminar da pesquisa, e no item seguinte a apresentação e a análise dos resultados obtidos com a pesquisa de campo, identificando o perfil dos pacientes entrevistados, a concepção do trabalho do assistente social do HEB, e a interpretação dos dados junto aos profissionais de Serviço Social e de Medicina.

Quanto à análise dos resultados obtidos, foram levantados eixos e/ou categorias de análise que serão delineadas na metodologia da pesquisa.

Finalmente teceram-se as conclusões buscando uma correlação entre teoria e prática, numa visão dialética dos resultados da pesquisa e, mediante tais resultados, foram apresentadas sugestões para futuras intervenções na Instituição, principalmente na Unidade Psicossocial, bem como sugestões de uma nova temática a ser desenvolvida na Unidade por outros pesquisadores, tendo em vista que este trabalho não pode ser considerado como pronto e acabado.

## 2 A SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA

### 2.1 Conceito de Saúde

De acordo com o dicionário Aurélio Buarque de Hollanda, saúde significa "estado daquele cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal".

De acordo com a Lei nº 8.080, do Sistema Único de Saúde - SUS, de 19 de setembro de 1990, Título I, das Disposições Gerais, o artigo 2º reza que: "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício". E prevê em seu Parágrafo 1º que:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Saúde origina-se do latim "salus", que significa "conservação da vida"; designada pelo vocábulo "estado de saúde", ou "estado de sanidade" dos seres vivos. Estar com saúde ou ter saúde é exercer, normalmente, todas as funções dos órgãos do corpo humano (CANOVA, 2004. p.1).

Segundo Abreu (2003, p.25), a saúde é condição básica para a existência saudável do ser humano. A pessoa com saúde está impulsionada para as atividades prazerosas e necessárias da vida: o trabalho, o lazer, o prazer, as relações afetivas, os relacionamentos sociais, numa perspectiva coletiva e não individualizada.

Outros autores referem-se à saúde da seguinte forma:

Todo ser humano, pelo simples fato de ter nascido com vida, no momento do nascimento adquire o direito subjetivo a sua saúde, direito que lhe acompanha até a morte. E, como direito exigível do Estado, no qual concerne a sua proteção, trata-se de direito subjetivo público, estruturando-se uma relação jurídica específica entre cada ser humano e o Estado, em que aquele é o credor e este, o devedor. Na verdade, é direito que, em compreensão mais ampla, retrocede ao tempo para alcançar o nascimento, desde a concepção [...]. No artigo 6º da Constituição, a saúde é um direito social e, no artigo ora comentado, a saúde é direito de todos. Direito que se qualifica de interrogável, irrenunciável e indisponível[...]. Além de direito de

todos, é dever do Estado assegurá-lo, eficientemente, e, quando necessário, prestar os serviços atinentes. Neste liame direito-dever, pode-se concluir, o direito à saúde é prestado gratuitamente, o beneficiário nada paga, visto que o financiamento das despesas com a execução deste direito é coberto por toda a coletividade (NASCIMENTO apud CARVALHO; SANTOS, 2001, p.37).

A Organização Mundial de Saúde – OMS conceitua Política de Saúde como:

O conjunto de recursos de diferentes tipos, que se encontram em uma quantidade suficiente, que cumprem determinadas ações, que têm uma definida organização, que se empregam para combater danos à saúde com alguma eficiência.

A saúde, atualmente, significa muito mais do que simples disponibilidade de serviços em todos os lugares do país; deve ser entendida em seu mais amplo sentido, com implementação de medidas que corrijam as disparidades sociais para elevar o nível de vida da população. Não é mais considerada como mera assistência hospitalar, curativa ou preventiva, mas o resultado de Políticas Públicas do Governo, constituindo parte integrante do tripé da Seguridade Social: Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

## **2.2 As Políticas Públicas**

Analisar a Saúde Pública no Brasil, mesmo sob o enfoque do processo de sua descentralização, torna-se tarefa bastante complexa. Para tanto, faz-se necessário compreendê-la no contexto da formação social e política do país, pois, tanto sua constituição histórica, quanto as atuais características que adquiriu estão intimamente vinculadas às relações e transformações que ocorrem ao longo dos tempos, na sociedade brasileira. As diferentes Políticas Públicas são estratégias de governança; estas se compõem de Planos, Projetos, Programas e de documentos variados, nos quais se concretizam as diretrizes para cada área de atuação. Através dessas Políticas evidenciam-se as ações do Estado e sua intervenção nas relações sociais.

Políticas Públicas são um conceito da Política e da Administração que designa certo tipo de orientação para a tomada de decisões em assuntos públicos, políticos ou coletivos.

Embora, Políticas Públicas seja um conceito oriundo dessas duas áreas, vem sendo utilizadas na mais variadas áreas. Isso porque ela permite estudar o espaço social antes da implementação. Para tanto, torna-se necessário a montagem de equipe transdisciplinar, pois

um projeto de Política Pública, necessariamente deve permitir a transversalidade, além de estabelecer um consenso entre as partes.

As Políticas Públicas atuam como mediadoras, sendo uma “estratégia do Estado”, conforme Bickhoff (2005, p.24).

### **2.3 A Política de Saúde no Brasil**

Na criação dos Códigos Sanitários de 1894 e 1911, os autores se preocuparam, principalmente, com a falta de habilitação, de água salubre e de esgoto, com a mortalidade infantil e com várias epidemias. O código de 1917 voltou-se para a área rural, mas pelos mesmos problemas.

Pautando-se no código de ética da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Artigo 6º - § 1º:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, compreendidas todas as etapas e os processos da produção ao consumo;

II - O controle da prestação de serviços que se relacionam, direta ou indiretamente, com a saúde. Com a Constituição Federal, a Política de Saúde se torna responsabilidade do Estado, desde 1888, e sofre mudanças; mesmo persistindo às grandes epidemias, altas taxas de mortalidade, falta de água tratada, miséria, a prática sanitária se volta para o esforço de educar a população.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi aprovada por consenso a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), regido por princípios definidos pelos Movimentos Sanitaristas e comandado por um só Ministério de Saúde.

Arretche (1999, p.123) afirma:

Desde 1947, a Política de Saúde brasileira é marcada pela realização de Conferências Nacionais de caráter consultivo. A partir da VIII, em 1986, estas passaram a orientar seu processo de formulação (...) reunindo mais de 4 mil pessoas, representou um evento de grande

envergadura, do qual esteve excluído apenas o setor médico privado, que de modo organizado, recusou-se a dela participar.

O acesso à Saúde Pública, com a Constituição Federal Brasileira de 1988, passou a ser universal, igualitário, sendo direito de todos e dever do Estado. A Lei Nº 8.080/90, em seu Artigo 2º - § 1º, afirma:

A saúde é um direito fundamental ao ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.  
O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Atender a toda a população de forma íntegra e universal, é o grande objetivo do país, como aponta o Plano Nacional de Saúde – PNS, (2005, p.10):

Promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e ao acesso universal e igualitário das ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, aprimorando os mecanismos de financiamento, diminuindo as desigualdades regionais e provendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados.

A Lei Orgânica da Saúde - LOS, que é a Lei nº 8.080/90, dispõe em seu Artigo 3º:

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

Merhy (1987, p.25) define a Saúde Pública da seguinte forma:

Ao considerar a Saúde Pública como meio de “(...) prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e

mental (...)” e como base para a expressão dos “(...) princípios fundamentais para a felicidade de todos os povos (...)”, está considerando os objetivos das práticas sanitárias como independentes de qualquer processo histórico. Em qualquer situação e lugar, reduz a compreensão destas práticas a análise dos meios necessários, que permitem atingir aquele objetivo anistórico, imputando a transformação destes meios a responsabilidade pela transformação histórica da Saúde Pública.

Para Winslow (apud SCLiar, 2002, p.99), o conceito de saúde pública é:

Saúde pública é uma ciência e também uma arte, pois é conhecimento que resulta de intuição, tem o objetivo de evitar a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e mental. É também eficiência na gestão, pois (...) reconhece a importância da organização dos esforços – o que significa planejamento (...), consenso nas áreas, mas que precisam ser elaboradas.

Segundo CAMPOS (1994), a história da Saúde Pública no Brasil é aparentemente paradoxal. Contraditoriamente, sua importância decresce no período em que o país acelera seu ritmo de crescimento industrial. Decifrar este enigma constitui o principal desafio para aqueles que pretendem reconstruir a história da Saúde Pública, entendendo-a como prática social desenvolvida por inúmeras instituições do aparelho estatal, desde as universidades até aquelas diretamente vinculadas ao poder executivo e imediatamente responsáveis pelo desenvolvimento econômico a partir do bloco político e economicamente dominante, e ao mesmo tempo encarregadas de administrar a saúde coletiva dentro de limites que facilitam a legitimação deste bloco diante da sociedade.

### **3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**

#### **3.1 A gestão e o Conselho**

O SUS é um Sistema que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, do qual cada parte cumpre funções e competências

específicas, porém articuladas entre si. (BRASIL, 2003, p.9).

Os níveis de gestão do SUS nas três esferas de Governo e as competências políticas e financeiras de cada gestor conforme Brasil (2003, p. 10) são:

Na Esfera Federal - Gestor: Ministério da Saúde - Formulação de políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle do SUS em nível nacional. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

Na Esfera Estadual - Gestor: Secretaria Estadual de Saúde - Formulação da política estadual de saúde, coordenação e planejamento do SUS em nível estadual. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

Na Esfera Municipal - Gestor: Secretaria Municipal de Saúde - Formulação da política municipal de saúde e a provisão das ações e serviços de saúde, financiados com recursos próprios ou transferidos pelo Gestor Federal e/ou Estadual do SUS.

Quanto às competências das três esferas de governo, Cohn e Elias (1996, p.66) pontuam:

À esfera federal compete a formulação de políticas nacionais, o planejamento, a normalização, a avaliação e o controle do Sistema de abrangência nacional; a esfera estadual compete a formulação da política estadual de saúde, e a coordenação e o planejamento do Sistema de abrangência estadual; e à esfera municipal compete a formulação da política municipal de saúde, a provisão das ações e serviços de saúde[...].

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº. 8.080/90 e pela Lei nº 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. O mesmo tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada subsistema (BRASIL, 2003, p.10).

Nunes et al (2005, p.163) ressalta que:

O Sistema Único de Saúde estabelecido pela Constituição e regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, tem entre seus princípios básicos a universalidade do atendimento, isto é, proporcionar à população brasileira acesso às ações e aos serviços de

saúde, através de entidades vinculadas ao sistema, observando os princípios da equidade, da integralidade, da resolutividade e da gratuidade.

O SUS tem a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Fazem parte do SUS os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os Universitários -, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil.

Por meio do SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao Sistema, sejam da esfera municipal, estadual e federal, públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. É destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados por impostos e contribuições sociais pagos pela população, e recursos do governo federal, estadual e municipal.

Tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados, independentemente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação - Vigilância Epidemiológica - são algumas das responsabilidades de atenção do Sistema, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária.

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento à população de uma determinada região.

A LOS define as funções e responsabilidades do SUS, indo além da assistência integral, abrangendo, inclusive a farmacêutica. Também determina a formulação da política de medicamentos, equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse da saúde. O Ministério da Saúde regulamentou a distribuição de medicamentos, listando desde os remédios essenciais, até os de alto-custo, que devem ser fornecidos pelo SUS.

Contudo, o SUS tem a responsabilidade de atender um contingente cada vez maior de pessoas. Em um país como o Brasil, onde a saúde não recebe recursos suficientes e a demanda de pessoas que precisam, cada vez mais, de remédios e especialistas cresce a cada dia, o sistema torna-se falho, justamente por não ter condições de atender toda a população. Essa característica, por si só, compromete a gestão do sistema a médio e longo prazo.

Entretanto, a Constituição Federal do Brasil dispõe de seus artigos para garantir, por meio de leis, que todas as pessoas têm direito de proteção à saúde, e isso é um dever do Estado.

A Constituição da República Federativa do Brasil apresenta os seguintes princípios em artigos:

Artigo 193 – A ordem social tem como base o primado do trabalho e, como objetivo, o bem-estar e a justiça social.

Artigo 197 – São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Artigo 198 – As ações e os serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III – participação da comunidade.

Parágrafo Único – O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do Artigo 195, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A LOS dispõe as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

De acordo com a Associação Paulista de Medicina Estadual (2005, p. 171):

A LOS é para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde. São leis nacionais que têm o caráter geral, contêm diretriz e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e Municípios ao elaborarem suas próprias normas. São destinadas, portanto, a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e na defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde.

Regulamentadas em todo território nacional, as ações de saúde, com diretrizes ao gerenciamento e à descentralização, permitem a iniciativa privada complementar, com prioridade das entidades filantrópicas sobre as privadas lucrativas na prestação de serviços. A descentralização político-administrativa é enfatizada na forma da municipalização dos serviços e da saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos em direção aos municípios.

### 3.2 Os princípios do SUS

O SUS desenvolveu princípios e diretrizes de acordo com a Constituição Federal; sendo eles: universalidade, equidade e integralidade. Isto significa afirmar que deve haver igualdade de atenção à saúde, sem privilégios e preconceitos; deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um, sendo a complexidade do problema de cada usuário o que determina o tipo de atendimento. Universalidade é o acesso à saúde como direito público, subjetivo; trata-se do princípio segundo o qual a saúde é direito de todos e dever do Estado, pela Constituição Federal em seu Artigo Nº 196:

Equidade – a Política Pública de Saúde deve ser redistributiva, com o objetivo de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. Deve dar-se tratamento desigual para situações desiguais, ou seja, dar tratamento a cada um, segundo suas necessidades, objetivando-se proporcionar uma maior uniformidade no atendimento.

Integralidade – direito atribuído a todos de atendimento integral em suas necessidades. É entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema: (Lei Nº. 8.080, 7º, II).

A equidade é o objetivo primordial e permanente do processo da reforma Sanitária Brasileira, exigindo estratégias e mecanismos de redução das desigualdades sociais. Tal princípio deve ter materialidade no cotidiano dos cidadãos, tanto nas condições de vida e saúde quanto no acesso e na utilização dos serviços, em seu financiamento e na qualidade das ações.

Os princípios da universalidade e da equidade do direito à saúde de todos os brasileiros devem ser mantidos sem trégua. Evita-se, a qualquer custo, a cisão completa da assistência à saúde dos brasileiros, em que o SUS se destinaria aos pobres, idosos, crônicos e às pessoas com deficiência, e os planos e seguros de saúde, à população mais rica ou

remediada.

A constituição de um real Sistema Único de Saúde exige fortalecer a regulação pública do setor privado, estabelecendo os mecanismos de complementaridade; superar a fragmentação institucional do próprio Ministério da Saúde; estabelecer mecanismos de controle setorial e social da saúde suplementar, definindo com clareza tanto as relações estabelecidas entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quanto às responsabilidades dos conselhos estaduais e municipais com os segmentos populacionais que utilizam planos de saúde.

### **3.3 O neoliberalismo da atualidade: a lógica do lucro regendo a saúde.**

O Sistema de Saúde, na atualidade, apresenta características bastante marcantes. Com a nova Carta Constitucional de 1988, houve significativos avanços, entre eles a criação de um sistema de Seguridade Social; sobretudo, o problema desse sistema de seguridade no país, com direitos universalizados, é que ele acaba gerando mais gastos em detrimento da escassez de recursos destinados ao setor. Cohn (1996, p.32) afirma que:

Em meados da década de 80, o país destinava a área social o equivalente a 18,3% do PIB. O problema está em que o país gasta muito e mal esses recursos, implementando políticas estanques entre si, conseqüência da super posição de clientelas entre elas, com o gigantismo da máquina estatal, com interesses de toda ordem que permeiam a definição e implementação dessas políticas.

De acordo com Cohn (1996, p.32), muitas das disparidades regionais são os diferentes padrões e condições de vida da população brasileira, o que acabam gerando, nos dias atuais, um aumento de casos de doenças antes consideradas “extintas”, em virtude da diminuição dos incentivos à preservação.

Nesse contexto, é estabelecida a participação do setor privado, sendo complementar ao setor público na oferta de serviços, visto ser regulamentado, fiscalizado e contratado pelos mesmos. São vários os projetos que pretendem ampliar, cada vez mais, a participação do setor privado.

Este ponto, aliás, tem haver com uma “onda” econômica da atualidade denominada neoliberal que se originou na década de 80 e se disseminou nos países periféricos causando profundos impactos para as políticas sociais, sobretudo para a saúde, que se configura em um de seus alvos mais freqüentes, onde prevê uma rígida contenção de gastos e outras mudanças, caracterizando-se em um projeto hegemônico de uma nova ordem econômica mundial.

No Brasil, particularmente, a política neoliberal se iniciou no governo Collor, no começo da década de 90, mas só se concretizou com bastante vigor a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, após o ano de 1995. A partir de 1992, o Banco Mundial e outros, enviam documentos ao país ditando as regras para os setores sociais, inclusive a saúde, definindo o que é essencial, avaliando o que cada serviço deve contemplar e, é claro, incentivando a privatização de todo serviço de saúde que proporcione algum lucro. Em sua maioria, esses documentos são dirigidos aos países de renda baixa e média, que se insere o

Brasil, como estratégia de colocá-los em um estágio econômico interessante para os investimentos das grandes organizações multinacionais.

Segundo Cohn (1996,p.62):

O informe do Banco Mundial recomenda aos países em desenvolvimento a adoção de um sistema de saúde em que seja responsabilidade do Estado à universalização da assistência básica à saúde.... A assistência especializada, e com grande incorporação tecnológica será prestada pelo setor privado, financiado preferencialmente por Seguro Saúde do tipo pré- pagamento de serviços.

No relatório, essas características concorrem para a configuração de um Sistema de Saúde segmentado na prestação de assistência e no acesso aos serviços, expressando uma lógica fortemente influenciada pelos aspectos econômicos e mecanismos de mercado, que terminam por reproduzir mecanismos determinantes de desigualdade e exclusão social. A solução está longe de ser o caminho da saúde privada, porque este tipo de atendimento só atenderá a uma pequena parcela da população.

A ausência de investimentos provocada por políticas sociais e econômicas excludentes leva o país a apresentar indicadores de saúde alarmantes.

Na trajetória percorrida pelo SUS, sempre foram encontrados entraves originados dos grupos privados, que se nutrem do dinheiro público através de convênios de prestação de serviços, que foi pauperizando os recursos para a área da saúde pública. O Estado passa a ser “mínimo” no planejamento e comando das políticas públicas e fortemente interventor ao elaborar planos que tenham como objetivo o favorecimento da acumulação de capital pelas “oligarquias financeiras” nacionais e internacionais.

No marco do Ministério da Saúde, os números de recursos destinados à saúde requerem que se observe a entrada em vigência da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF, criada às pressas para resolver o impasse do atendimento à saúde no país.

A CPMF parecia ser a alternativa para financiar os gastos com a saúde, entretanto, os recursos gerados pela mesma foram, aos poucos, desviados de sua destinação para pagar juros e serviços da dívida externa (NETTO, 2000, p.38). Assim, o grande problema da saúde no Brasil é sem dúvida a falta de recursos para o setor, uma vez, que os recursos existentes não são devidamente aplicados.

O SUS é defendido por muitos como uma das maiores conquistas de nossa sociedade,

mas nos dias atuais enfrenta uma remuneração defasada em relação aos custos reais de atendimento à saúde.

Diante de tais questões, são muitas as propostas que permeiam a área de saúde em busca de dar soluções às necessidades das demandas que aguardam para efetivar seus direitos de cidadão previstos nas normas legais.

A questão central é avaliar as possibilidades de cada nova tentativa no que parece ter a descentralização e a municipalização um árduo caminho a percorrer, com erros e acertos, na contribuição de um Estado mais democrático e eficiente.

### **3.4 A Proposta de implantação da municipalização do SUS**

A municipalização consiste em atribuir aos municípios o papel de gestor do Sistema Municipal de Saúde, com garantia de repasse de recursos financeiros na quantidade equivalente às suas necessidades. O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que define objetivos, prioridades e metas, além de previsão de financiamento das ações e dos serviços.

A Associação Brasileira de Medicina – AMS - (2005, p.181) dimensiona o SUS da seguinte forma:

Gestão do Sistema de Saúde, na qual estão envolvidas as promoções, a proteção e a recuperação da saúde; Gestão dos serviços próprios da Secretaria Municipal de Saúde relacionada à definição dos programas, dos projetos, das metas e dos indicadores de resultados, que orientam a prestação de serviços nas áreas sanitária, ambulatorial, hospitalar, de urgência e de emergência, vigilância à saúde.

A Política Municipal de Saúde efetivar a participação da comunidade na gestão do SUS, constituindo-se no órgão colegiado por ele responsável. Compete à direção municipal do SUS, de acordo com o Artigo 18:

Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; participar de planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde – SUS em articulação com sua direção estadual; participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho; executar serviços de: vigilância epidemiológica; vigilância sanitária;

alimentação e nutrição; saneamento básico; saúde do trabalhador; dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde; colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las; formar consórcios administrativos intermunicipais; gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros; colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; observado o disposto no Artigo 26 desta lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços provados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução; controlar e fiscalizar as ações e os serviços privados de saúde; normalizar completamente as ações e os serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Como aponta o Ministério da Saúde (2005, p.148):

O Brasil apresenta grandes diversidades econômico-sociais, climáticas e culturais que tornam a descentralização administrativa fundamental: ela possibilita que os municípios assumam a gestão da Saúde em seus territórios de acordo com as necessidades e características de suas populações. Estimula na esfera municipal novas competências e capacidades político-institucionais. Os Estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

A descentralização traz ainda um potencial conflituoso, isto requer o amadurecimento de todos os participantes envolvidos em tal questão e não deixa de ser um novo e maduro passo à efetivação de um projeto eficiente e eficaz para a saúde brasileira. Daí a extrema importância das verbas destinadas ao SUS.

Pode-se dizer que a descentralização é o que mais diretamente evidencia o nível central de governo, pois cabe a este cumprir as formas encontradas para repartir seu poder, sem deixar de garantir o cumprimento de suas responsabilidades em relação à saúde.

## **4 DIREITO A MEDICAMENTOS GRATUITOS**

### **4.1 O acesso à medicação gratuita**

Uma das situações mais freqüentes considerando a assistência à saúde no Brasil é o paciente sair da consulta médica e constatar que os medicamentos que lhe foram receitados não estão disponíveis gratuitamente e, se tentar comprá-los, não terá condições financeiras para tal.

Atualmente, o Ministério da Saúde já desenvolve alguns programas, diretamente ou por meio de parcerias com os Estados e municípios para distribuição de medicamentos, incluindo a Farmácia Básica e o fornecimento gratuito de medicamentos específicos para tuberculose, hanseníase, saúde mental, diabetes e hipertensão arterial, ou excepcionais e de alto custo como os destinados ao tratamento do câncer e da Aids.

A Lei Federal que garante o fornecimento gratuito de medicamentos aos pacientes com diabetes em todo o Brasil (Lei nº 11.347/06) entrou em vigor no dia 28 de setembro de 2007, passado um ano desde sua aprovação.

Durante esse período havia um comprometimento do Ministério da Saúde em estudar e viabilizar a realização da lei na prática – quais pacientes seriam atendidos, de que forma, com relação à quais medicamentos e quem seria o responsável pelo pagamento dessas despesas.

A Lei 11.347/06 “dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos”, e, prevê em seus artigos: Art. 1º Os portadores de diabetes receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde - SUS, os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar.

§ 1º O Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, selecionará os medicamentos e materiais de que trata o caput, com vistas a orientar sua aquisição pelos gestores do SUS.

§ 2º A seleção a que se refere o § 1º deverá ser revista e republicada anualmente ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos, tecnologias e produtos no mercado.

§ 3º É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para diabéticos.

Quanto aos medicamentos excepcionais ou de alto custo, cabe aos estados adquiri-los e fazer a distribuição, e, ao Ministério da Saúde, através de um sistema informatizado de comprovação da aquisição e distribuição, reembolsar os recursos aos estados. Além disso, os estados também participam diretamente, com uma contrapartida de valor variável, conforme os produtos adquiridos. Estão incluídas nesse co-financiamento a compra de medicamentos que possuem um custo muito alto e são usados para o tratamento de doenças complexas congênitas ou adquiridas, que inclui, por exemplo, medicamentos para pessoas que fizeram transplante, que sofrem de insuficiência renal crônica, hepatite crônica e esclerose múltipla.

O paciente só pode ter acesso aos medicamentos, na Unidade de Saúde do seu município, se o médico receitá-los em uma consulta.

A Rede Pública de Saúde tem obrigação de oferecer gratuitamente os medicamentos necessários para o tratamento específico de determinadas doenças, como diabetes, hipertensão arterial, tuberculose, hanseníase, malária, distúrbios mentais, etc., assim como para qualquer outra doença, inclusive aqueles de alto custo e de uso controlado. Esse benefício, entretanto, só é garantido a pessoas que estejam sendo atendidas pelo SUS.

De modo geral, os medicamentos são oferecidos aos pacientes nos Postos de Saúde onde eles estejam sendo assistidos. Entretanto, alguns tipos de medicamentos, utilizados para o tratamento de doenças raras, estão disponíveis somente em determinados serviços de saúde selecionados para este fim.

É possível que alguns municípios não estejam preparados para atender certos tipos de doenças. Nesses casos, por um processo de pacto entre os responsáveis pelo SUS, o paciente será encaminhado para outro serviço de saúde, em um município próximo, que esteja mais bem preparado, o chamado "município de referência" o que possibilitará ao paciente um tratamento adequado e de qualidade.

## **4.2 Os medicamentos fornecidos pelos SUS**

A Assistência Farmacêutica, coordenada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) compreende um conjunto de atividades relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos ambulatoriais, destinados a complementar e apoiar as ações da atenção à saúde.

A partir da Resolução SS nº 64, de 30 de junho de 2003, a SES-SP fixou normas

sobre a obrigatoriedade de prescrição e dispensação de medicamentos com o nome genérico das substâncias que o compõem.

Através de ações articuladas com o Ministério da Saúde e municípios paulistas, criam-se programas que tem como objetivo principal o fornecimento regular e gratuito de medicamentos padronizados, de modo a contemplar o tratamento medicamentoso ambulatorial das diferentes doenças que acometem a população.

Os principais programas que compõe a Assistência Farmacêutica são:

- Programa Dose Certa
- Programa de Medicamentos Estratégicos
- Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional
- Protocolos Estaduais de Medicamentos Especiais
- Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC
- Norma Técnica para utilização de Aripiprazol
- Protocolo para Tratamento dos Portadores de Hipertensão Arterial Pulmonar
- Norma técnica para Tratamento de Hepatite B Crônica
- Norma técnica para Tratamento da Hepatite C Crônica
- Protocolo Clínico da Dispensação de Fórmulas Infantis para pacientes com Alergia à proteína do leite de vaca

Além dos programas listados, podem ser citadas outras ações que envolvem a assistência farmacêutica no SUS, como aquela relacionada aos medicamentos utilizados nas internações e os envolvidos na atenção ao câncer. Deve ser salientado que o tratamento do câncer envolve inúmeras ações, como cirurgia, quimioterapia e radioterapia, e os medicamentos necessários ao tratamento estão incluídos no atendimento integral prestado aos pacientes matriculados e em tratamento nas Instituições credenciadas pelo SUS para a assistência oncológica.

Por sua importância enquanto ação de saúde pública, o fornecimento de insumos para automonitoramento do diabetes está inserido no Programa de Dispensação<sup>1</sup> de Insumos para Diabetes.

### 4.3 O Programa de Dispensação de Insumos para Diabetes

De acordo com Lei Federal nº 11.347, que entrou em vigor em setembro de 2007, todo portador de diabetes tem direito garantido de receber gratuitamente do SUS medicamentos para o tratamento da doença e os materiais necessários à sua aplicação e a monitorização da glicemia capilar.

---

<sup>1</sup> *Dispensação:* é o ato profissional farmacêutico de propiciar um ou mais medicamentos a um paciente, em resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado

Art. 1º Os portadores de diabetes receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde - SUS, os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar.

§ 1º O Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, selecionará os medicamentos e materiais de que trata o caput, com vistas a orientar sua aquisição pelos gestores do SUS.

§ 2º A seleção a que se refere o § 1º deverá ser revista e republicada anualmente ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos, tecnologias e produtos no mercado.

§ 3º É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para diabéticos. (BRASIL, Lei 11.347/06, de 27 de setembro de 2006).

A SES-SP vem, há longo tempo, desenvolvendo ações para a atenção ao paciente diabético, quer através de medidas educativas, pelo financiamento e distribuição de insumos ou também pela dispensação de medicamentos, como as insulinas regular e NPH, padronizadas pelo Ministério da Saúde, e pelos hipoglicemiantes orais.

Em março de 2001, através da Lei 10.782, o Governo do Estado de São Paulo definiu diretrizes para a política de prevenção e atenção integral à saúde da pessoa portadora de diabetes, sendo a lei posteriormente regulamentada pela Secretaria de Estado da Saúde, através de Grupo Técnico de Trabalho, que definiu, dentre outros:

- Critérios diagnósticos da doença;
- Orientações para o tratamento não medicamentoso;
- Orientações para o tratamento medicamentoso;
- Orientações para a abordagem das complicações crônicas do diabetes;
- Justificativas para a municipalização da assistência do paciente diabético;
- Estratégia a ser utilizada para a assistência ao paciente diabético, incluindo medicamentos a serem disponibilizados e também os insumos necessários para o controle da doença, sendo considerados priorizados para o automonitoramento os diabéticos insulino-dependentes (especialmente crianças), gestantes, pacientes com hipoglicemias freqüentes, pacientes em preparo para cirurgias,

pacientes com doenças associadas e pacientes de difícil controle da doença.

A partir daí foram desenvolvidas diferentes ações para avaliar o Programa e possibilitar a ampliação do número de pacientes diabéticos atendidos com os insumos necessários para o controle da doença, podendo ser destacado o Grupo de Trabalho criado em 2004, cujo trabalho culminou com um pacto firmado na Comissão Intergestores Bipartite. Em maio de 2005, através da Deliberação CIB 57, a Comissão Intergestores Bipartite definiu critérios estendendo para todos os diabéticos insulino-dependentes os insumos para o automonitoramento da doença.

Recentemente, através da Deliberação CIB 43, de março de 2008, ficou acordado que o financiamento dos insumos seria de responsabilidade conjunta dos municípios e da Secretaria de Estado da Saúde, tendo sido definido um valor anual fixo por habitante.

Desta forma, os gestores municipais são responsáveis por cadastrar os pacientes diabéticos insulino-dependentes, realizar os atendimentos, adquirir, estocar e gerenciar os insumos, garantindo assim o acesso ao tratamento de todos os pacientes.

## **5 O DIABETES**

### **5.1 Conceito de Diabetes Mellitus**

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido a morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão

social.

O Diabetes Mellitus é uma doença sistêmica crônica, caracterizada por desordens no metabolismo dos carboidratos e proteínas, envolvendo uma deficiência absoluta ou relativa de insulina ou resistência à mesma. Resultando da incapacidade do pâncreas em secretar insulina.

Conforme Cadernos de Atenção Básica, n. 16:

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. (pagina 9)

## 5.2 Classificação do Diabetes Mellitus

- a) Diabetes insulino-dependentes ou tipo I;
- b) Diabetes não insulino-dependentes ou tipo II;
- c) Diabetes gestacional;

### *Diabetes Mellitus* Tipo I

Esses pacientes apresentam pouca ou nenhuma insulina endógena. Geralmente afeta indivíduos jovens e que herdaram os genes de resposta imune. São insulino-dependentes e apresentam sinais clínicos, como por exemplo: poliúria, polidipsia e polifagia.

Uma vez diagnosticado a diabetes insulino-dependentes, será necessário o tratamento com insulina para obter o controle metabólico.

Conforme Cadernos de Atenção Básica, n. 16:

O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes

(pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos, (LADA, *latent autoimmune diabetesin adults*; doença auto-imune latente em adultos). Esse último tipo de diabetes, embora assemelhando-se clinicamente ao diabetes tipo 1 auto-imune, muitas vezes é erroneamente classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA. (PAGINA 12)

### *Diabetes Mellitus* Tipo II

Geralmente ocorre em qualquer idade, mas sua incidência aumenta com esta e predomina os fatores genéticos, sendo necessária alguma ação ambiental, conforme Cadernos de Atenção Básica, n. 16:

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave.

### *Diabetes Mellitus* Gestacional

A gravidez constitui uma condição muito importante de resistência à insulina, levando freqüentemente ao desenvolvimento do diabetes gestacional. É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos.

Conforme Caderno de Atenção Básica, n.16:

Diabetes Gestacional é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos. Seu diagnóstico é controverso. A OMS recomenda detectá-lo com os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez, considerando como diabetes gestacional valores referidos fora da gravidez como indicativos de diabetes ou de tolerância à glicose diminuída.

## **6.1 A Trajetória do Hospital Estadual Bauru**

Em 25 de julho de 2001 foi criada, na Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB, uma comissão especial para estudar a viabilização da proposta de contrato de gestão entre a Secretaria de Estado da Saúde - SES e a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita – UNESP. A finalidade era que o Hospital Estadual Bauru - HEB, em fase de construção, fosse administrado pela FMB, com a interveniência da Fundação para Desenvolvimento Médico Hospitalar - FAMESP.

Em 05 de outubro de 2006, a comissão deu parecer favorável. Foi elaborado o Plano Operacional pela FMB juntamente com a Diretoria Regional de Saúde - DIR- X, levando em consideração as necessidades de atendimento médico-hospitalar da região e a disponibilidade da FMB para atendê-las. Em 24 de outubro de 2002, foi assinado Convênio de Parceria na Gestão de Serviços Públicos de Saúde.

Este Contrato de Gestão é um instrumento firmado entre a SES e UNESP para formação de parceria das partes com o intuito de fomentar e executar as atividades relativas ao HEB, pactuando-se objetivos, metas, obrigações, valores, acompanhamento e avaliação de resultados; suspensão, rescisão, vigência e renovação dos contratos; publicidade e controle social; desqualificação e penalidades. O conteúdo básico: disposições estratégicas, indicadores de desempenho, definição de meios e condições para a execução das metas pactuadas e sistemáticas de avaliação. Pelo contrato de gestão, o Estado se mantém como o financiador e regulador, mas permite ao seu parceiro a autonomia da gestão. Os valores que norteiam o Hospital são a ética, qualidade, competência, transparência, comprometimento, respeito, parceria, harmonia, dinamismo, humanização, responsabilidade, coerência, profissionalismo, criatividade e confiabilidade.

A Diretoria do HEB tem autonomia para a gestão do hospital, dentro dos limites estabelecidos pelo contrato de gestão e de acordo com as diretrizes fixadas pela Famesp. A hierarquia subordina-se à Diretoria da Faculdade de Medicina de Botucatu e a Famesp.

Neste contexto, o HEB tem como missão contribuir com a sociedade, desenvolvendo a saúde, prestando assistência médico-hospitalar, conforme os princípios definidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, fazendo a promoção, proteção, prevenção e educação para a saúde e fomentando a pesquisa e o desenvolvimento científico aplicado à saúde.

O HEB atende exclusivamente pacientes oriundos do SUS, abrangendo a região compreendida pelo Departamento Regional de Saúde de Bauru – DRS VI, que compreende 68 municípios, com população estimada de 1.642.686 milhões de pessoas.

Em 04 de novembro de 2002 iniciam-se os trabalhos do HEB, sendo primeiramente ambulatorial e posteriormente hospitalar e aos poucos foram implantados serviços assistenciais em cirurgia ambulatorial, centro cirúrgico, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, unidades de internação e unidade de emergência referenciada.

Em 24 de maio de 2003, com a presença do governador Dr. Geraldo Alckmin, foram entregues leitos de enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva - UTIs.

Atualmente possui 318 leitos operacionais (270 gerais, 13 para queimados, 35 de terapia intensiva) e 63 leitos complementares. Vem ampliando sistematicamente sua atuação. Atualmente realizam-se, em média, 10.000 consultas médicas, 600 cirurgias, 26.000 exames e 900 internações por mês, tendo como valores a ética, qualidade, competência, transparência, comprometimento, respeito, humanização, responsabilidade, coerência, profissionalismo, criatividade e confiabilidade.

Para garantir o atendimento, o HEB não mediu investimentos em recursos humanos, pois desde sua inauguração, em 2002, foram cerca de 120 processos seletivos, que resultaram num quadro efetivo de 1.200 funcionários, profissionais de nível superior (médicos, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogas), além de pessoal técnico administrativo e de serviços gerais.

Curcelli (2006, p.3) ressalta que:

Dentre tantos diferenciais desta Instituição, o mais significativo deles está relacionado ao recurso humano que este hospital dispõe. Jovens que conquistam seu primeiro emprego, recém-formados que transferem seus conhecimentos em prol da comunidade e acreditam na organização e na administração responsável do serviço público, aliam-se à experiência de dezenas de outros profissionais que não medem esforços na concretização das metas propostas.

O HEB vem ampliando gradativamente seus serviços, pois atualmente também realiza exames como os de diagnóstico por imagens, utilizando o avançado sistema Picture Archiving Communications System - PACS, além de análises clínicas, patológicas e procedimentos na área de Cardiologia.

O PACS é um sistema de armazenamento e distribuição de imagens médicas

implantado pela empresa Tecnológica em parceria com a WhiteSand e FujiFilm- Divisão Médica, por uma iniciativa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

A Revista do Hospital (2006, p.48) coloca que:

A finalidade do sistema é manter o armazenamento das imagens de exames que possam ser facilmente pesquisadas e visualizadas. O acesso pode ser feito em vários setores do hospital, em especial nos terminais localizados nas salas ambulatoriais e enfermarias.

Além dessa vantagem, o PACS permite o aumento da produtividade dos setores que geram imagens provenientes de exames e também a redução dos custos da realização desses procedimentos, uma vez que proporciona economia na revelação de filmes e utilização de películas.

Cabe ressaltar que o HEB é o primeiro hospital público do país a contar com este recurso. Para dimensionar a importância desta iniciativa, basta lembrar que, em todo o país, apenas seis instituições possuem o sistema PACS instalado (cinco no Estado de São Paulo e uma no Rio de Janeiro). Em 30 de março de 2004, foi implantada a Unidade de Tratamento de Queimaduras - UTQ. Nessa Unidade são internados pacientes com queimaduras de médio e grande porte, sendo serviço de referência para o Estado de São Paulo.

Os acidentes atendidos no hospital são causados por líquidos quentes, substâncias inflamáveis e fogo, além de eletricidade, produtos químicos, contato com superfícies quentes e automobilísticos.

A unidade oferece tratamento clínico e cirúrgico tanto na fase aguda quanto na seqüela dos pacientes e também atendimento ambulatorial para acompanhamento pós-internação e pequenas queimaduras de pacientes de Bauru e cidades da região.

Devido ao grande número de acidentes envolvendo crianças, o HEB desenvolve, desde julho de 2005, uma campanha de prevenção de queimaduras sob o título - "Quem brinca com fogo pode se queimar". Essa campanha consiste em palestras nas escolas públicas e particulares de Bauru e região, além da distribuição de uma cartilha didática com desenhos educativos para serem coloridos pelas crianças de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental, que traz ainda orientações aos pais para evitar esses acidentes.

Em julho de 2004, no HEB, foi implantada a Unidade de Apoio e Reabilitação - UAR - que vem oferecendo um atendimento diferenciado e atencioso através de seus profissionais e de avançadas técnicas aos pacientes vitimizados por traumas neurológicos, ortopédicos, amputados e pacientes com queimaduras.

Toda semana a UAR realiza o Ambulatório Multidisciplinar, composto por médicos

(ortopedista e cirurgião vascular), fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, assistente social e psicóloga. Durante o atendimento, o paciente é avaliado por toda a equipe e é elaborada a programação de sua reabilitação.

Para realizar seu trabalho de forma abrangente, a unidade conta com a parceria das entidades assistenciais de Bauru como a Sociedade para Reabilitação e Reintegração do Incapacitado (SORRI) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), estimulando a completa reabilitação do paciente.

A Revista do Hospital (2006, p. 36) coloca que:

A cada semana a UAR entrega cadeiras de rodas e outros equipamentos de auxílio à locomoção a pacientes com deficiência física e/ou mental.

O procedimento faz parte de um trabalho executado em conjunto com a DIR X, que desde 2004 transferiu ao HEB o serviço de avaliação e indicação de órteses e próteses a pacientes com deficiências.

Em maio de 2005, foi inaugurada a Casa dos Acompanhantes que foi criada para acolher os acompanhantes dos pacientes internados na UTQ e Unidade de Terapia Intensiva - UTI Pediátrica. A casa está localizada nas proximidades do Espaço Acadêmico, na área externa do complexo hospitalar.

Em dezembro de 2005, o HEB recebeu a farmácia central do Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde, mais conhecida como Farmácia de Alto Custo.

A unidade foi transferida do prédio da DIR X para o ambulatório do HEB em uma estrutura física mais adequada ao atendimento da demanda. Ganhou mais espaço, funcionários e agilidade com a implantação do sistema informatizado de acordo com diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde. Cabe ao setor de Assistência Farmacêutica orientar e informar aos pacientes ambulatoriais sobre a necessidade de documentação e exames comprobatórios para a inclusão no programa, bem como a dispensação dos medicamentos conforme protocolos técnicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A Revista do Hospital (2006, p. 38) esclarece que:

São abrangidos pelo programa de medicamentos excepcionais aqueles de elevado valor unitário ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornam excessivamente caros para serem suportados

pelos pacientes. A relação desses medicamentos conta com aproximadamente 300 itens para tratamento, por exemplo, de Doença de Parkinson, esclerose múltipla, asma grave, transplantados, fibrose cística, hepatite, fenilcetonúria, etc.

O HEB passa por um processo de avaliação da qualidade do atendimento. Atualmente no Brasil, fala-se em "ISO 9.000" e programa "5 S", e na área da saúde fala-se em acreditação, sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. Em seus princípios tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua.

No Brasil, a Organização Nacional de Acreditação - ONA elabora os manuais informando quais são os padrões necessários para que o serviço seja acreditado,

que seja considerado de qualidade. Essa organização possui empresas filiadas - Instituições Acreditoras - que realizam visitas aos serviços de saúde para proceder à avaliação e a certificação dos serviços, considerando as normas técnicas previstas nos manuais.

A ONA trabalha com três níveis: Nível 1 - Acreditação; Nível 2 - Acreditação Plena; e Nível 3 - Acreditação com Excelência. O HEB é acreditado no nível 1.

Ser acreditado inclui oferecer um atendimento com segurança para pacientes, familiares, ter salas individuais de atendimento que garantam a privacidade, equipe tecnicamente capacitada e dimensionada à necessidade do serviço, todo o trabalho registrado em prontuário, organização dos processos de trabalho e resultados satisfatórios. O Hospital é avaliado a cada 6 a 8 meses e busca melhorar os seus resultados nessa constante avaliação.

Segundo Barata (2006, p. 7) "O HEB caminha a passos largos para obter certificação nível 2 da ONA, ligada ao Ministério da Saúde (hoje apenas quatro hospitais públicos do País possuem este título)".

Neste contexto, o HEB oferece também aos pacientes e seus familiares serviços de Psicologia e de Serviço Social que compõem a Unidade Psicossocial. Estes serviços, em novembro de 2005, foram acreditados em nível 2.

A Revista do Hospital (2006, p. 43) ressalta que:

A Unidade Psicossocial do HEB tem papel fundamental na qualidade dos serviços prestados aos pacientes e seus familiares durante o período de hospitalização e acompanhamento ambulatorial. [...]. A preocupação com o bem-estar e a saúde dos pacientes, bem como de seus familiares, é a essência do trabalho desses profissionais. Essas pessoas podem contar com o amparo da Unidade Psicossocial 24 horas por dia.

## **6.2 Unidade Psicossocial do Hospital Estadual Bauru**

Em setembro de 2003 ocorreram as primeiras contratações de profissionais de Serviço Social e Psicologia no HEB, sendo contratadas duas assistentes sociais e duas psicólogas. Uma das primeiras atribuições destes profissionais está relacionada com a questão do óbito, a comunicação e o acolhimento dos familiares, incluindo todas as orientações necessárias para o funeral.

Os assistentes sociais elaboraram proposta de trabalho para o HEB. A princípio podia-se considerar um serviço de interconsulta, pois eram apenas duas assistentes sociais

para todo o hospital que atendiam as demandas sociais emergentes: paciente de alta e sem família para retorno, acionar o Conselho Tutelar na suspeita ou confirmação de maus-tratos à paciente, criança ou adolescente.

Logo após foi desenvolvido trabalho de grupo com os assistentes sociais e psicólogos. Os profissionais convidavam os visitantes de pacientes internados no hospital a participarem de uma palestra breve de orientações quanto às normas e rotinas na recepção principal do HEB e estendiam à abordagem de doação de sangue.

Após seis meses de atividades intensas e detectadas novas propostas de atendimento, foram contratadas mais duas assistentes sociais. Neste momento, foi possível ter o referido profissional como referência nas Unidades de Internação, o que facilitou a interação da equipe interdisciplinar, trabalhando não apenas com questões emergenciais, mas também preventivas.

Rodrigues (1998, p.156) pontua que:

A perspectiva interdisciplinar não fere a especificidade das profissões e tampouco seus campos de especialidade. Muito pelo contrário, requer a originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinado objeto, de determinada prática, permitindo a pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes deste mesmo objeto, desta mesma prática.

No primeiro semestre de 2004, principiou-se a interação do Serviço Social com a Psicologia, numa parceria evidente e precisa que resultou na criação da Unidade Psicossocial. A equipe cresceu com a contratação de mais duas assistentes sociais e uma psicóloga, trabalhando 24 horas “in locus”.

Atualmente a Unidade Psicossocial é composta por dez assistentes sociais, cinco psicólogas e quatro oficiais administrativos.

O Serviço Social na área da saúde é uma profissão que exerce atividade técnico-profissional no desenvolvimento de programas de saúde. Propõe atuar junto às pacientes ou famílias cujas relações psico-sócio-econômico-culturais e geográficas estejam interferindo na sua saúde, orientando-os e colaborando para a sua efetiva adesão ao tratamento e à participação social. Concomitantemente, propõe-se a investigação das relações entre as causas e as conseqüências das doenças, oferecendo subsídios não só à equipe de saúde, mas também à própria instituição.

O objetivo geral do Serviço Social, no HEB, é identificar junto a pacientes e

familiares às expressões da questão social que estejam interferindo no processo saúde-doença visando à promoção e recuperação da saúde. Os específicos são:

- Contribuir para a melhor adaptação do paciente ao ambiente hospitalar;
- Prestar assistência aos pacientes e familiares identificando, através de estudos sócio-econômicos, fatores desencadeantes e situação familiar que estejam interferindo no processo saúde-doença, intervindo sobre os mesmos;
- Planejar atividades, voltadas à promoção da saúde do paciente no processo saúde-doença, baseadas na política de ação da Unidade;
- Mobilizar parcerias com outras instituições buscando melhores resultados no atendimento aos pacientes e seus familiares;
- Informar e esclarecer os pacientes e familiares na identificação de recursos para atendimento e defesa de seus direitos;
- Fornecer subsídios às equipes multiprofissionais sobre a questão social que envolve o processo saúde-doença;
- Contribuir com a formação profissional de graduandos de Serviço Social.

Os assistentes sociais do HEB atuam em todas as unidades de internação do hospital: na UTI - Coronariana, na UTI - Pediátrica, na UTI - de Queimados, na Unidade de Tratamentos de Queimados - UTQ, na Pediatria, na Unidade Coronariana, nas Clínicas Cirúrgicas, nas Clínicas Médicas, na Reabilitação e no Gerenciamento de Leitos. Nessas unidades realizam atendimentos individuais através de entrevista com os pacientes. Utilizam como instrumental o estudo sócio-econômico com a finalidade de conhecer a realidade dos mesmos, realizando a acolhida e informando sobre os direitos dos pacientes, bem como, as normas e rotinas da unidade e do HEB. Realizam visitas nos leitos, elaboram encaminhamentos para mobilizar recursos da comunidade e dos municípios de origem dos pacientes, visando o enfrentamento das expressões da questão social.

O assistente social, mediante o estudo sócio-econômico, verifica e analisa a necessidade de oferecer hospedagem para o familiar do paciente internado nas Unidades UTI - Pediátrica e UTQ. O familiar, que ficará como acompanhante, passa por uma entrevista de

admissão na qual são orientados quantos as normas e rotinas da Casa dos Acompanhantes e do HEB.

O Projeto Casa dos Acompanhantes surgiu devido à demanda de pacientes internados na UTQ e UTI Pediátrica, cuja idade era menor de 18 anos e acima de 60 anos, que têm por direito um acompanhante, conforme o artigo 12º do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA e o artigo 16º do Estatuto do Idoso:

Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (Estatuto da Criança e do Adolescente)

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito. (Estatuto do Idoso)

Nessas Unidades não é possível a permanência de pais ou responsáveis junto ao paciente por riscos de contaminação, mas a visita dos mesmos é um fator muito importante para a recuperação do paciente e para o recebimento de orientações da equipe. O acompanhante geralmente é o elo entre o hospital e os familiares do paciente, transmitindo informações sobre o processo de tratamento.

A Casa dos Acompanhantes tem por objetivo oferecer um local para estada aos acompanhantes de pacientes dessa Unidade para que possam realizar as visitas diariamente e acompanhar o tratamento de seu familiar. É importante ressaltar que a

Unidade Psicossocial realiza visitas diárias na Casa dos Acompanhantes e acolhe esses familiares.

Nas Ações Administrativas são efetuados contatos telefônicos para mobilizar recursos na comunidade, contato com familiares e outros, relato das ocorrências em prontuários, elaboração e análise de documentos pertinentes à Instituição e elaboração de parecer social e encaminhamento.

No atendimento de ações coletivas são responsáveis por: desenvolver campanhas educativas como a de sensibilização para doação de sangue; atender pais e professores de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH; orientar pacientes

portadores de Lupus e portadores de Diabetes Melitus; participar de reunião com a equipe interdisciplinar da Unidade Psicossocial; realizar supervisão de estágio; ministrar palestras; realizar grupo de estudo e desenvolver grupo com os familiares de pacientes internados na UTI - Adulto.

O Grupo da UTI - Adulto é coordenado por uma assistente social e uma psicóloga, no horário de visita dos familiares de pacientes internados na mesma, com o objetivo de preparar os familiares para a visita, favorecer o vínculo afetivo com o paciente e proporcionar ao paciente e família um atendimento humanizado. Esses profissionais acolhem os familiares, orientam-nos quanto às normas e rotinas da UTI, acompanham visita médica, elaboram ficha sócio-econômica para conhecer a realidade vivenciada pelos mesmos e debatem casos com a equipe (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e psicóloga).

Na Unidade de Reabilitação, o assistente social realiza atendimento do paciente com deficiência e/ ou seus cuidadores. Utiliza o instrumental estudo-sócio- econômico para conhecer a realidade dos mesmos, suas particularidades e sua conjuntura social. Acolhem, orientam os cuidadores sobre a atenção e cuidados no processo de reabilitação como um todo (físico, mental, social e emocional), informam seus direitos garantidos em lei, encaminham para mobilizar recursos da comunidade e articulam a sua inserção em entidades assistenciais de reabilitação e reintegração do município de Bauru e região.

É importante enfatizar que são utilizadas as seguintes estratégias para intervir nas demandas apresentadas: mediação, parceria, interdisciplinaridade, negociação, campanhas sócio-educativas e criação de projetos. Os assistentes sociais, para operacionalizar essas atividades, fazem uso de diversos instrumentais técnico-operativos: documentação, observação, encaminhamento, reunião, diálogo, visita ao leito e à Casa dos Acompanhantes, palestra, oficina, entrevista, recurso audiovisual e dinâmica de grupo.

Cabe ressaltar que as assistentes sociais do HEB, em seu agir profissional, são comprometidas com as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico- operativa. São compromissadas com o projeto ético-político e utilizam o Instrumental Técnico- Operativo numa perspectiva de consolidação teoria prática com intencionalidade. Respeitam os interesses e necessidades dos usuários, visando à defesa dos seus direitos sociais, sem discriminação ou qualquer forma de preconceito, de forma a consolidar os valores e princípios da profissão expressos no Código de Ética dos Assistentes Sociais.

## **7 O Serviço Social na Saúde no Brasil: lutas e práticas profissionais.**

Para situar a profissão do Serviço Social na contextualização das políticas de saúde, é preciso inseri-la numa ótica mais globalizante; isto é, analisar o surgimento e institucionalização do Serviço Social nas políticas sociais em geral e como ela se deu nos serviços médicos em particular.

A partir da década de 30, houve uma acentuada discussão em relação à questão social motivada pelo desenvolvimento industrial que, de certa forma, torna mais acirrada a contradição entre o capital e o trabalho, passando a exigir uma nova articulação entre o Estado e a sociedade civil. A questão social, antes tratada como caso de polícia, passou a ser controlada pelo Estado através de regulamentos e leis com o objetivo de dar conta dos problemas sociais – consequência do capitalismo – como compensação social.

A assistência social tem suas raízes em uma gestão filantrópica, de caráter caritativo, onde a filantropia era praticada com o propósito de “aliviar as consciências da elite”. Deste gesto caritativo, a assistência social caminha para a gestão estatal.

Assim, a introdução do Serviço Social no país se dá de forma historicamente determinada e, como profissão inscrita na divisão social do trabalho no modo de produção capitalista, vem a participar e gerir políticas compensatórias no “tratamento” da questão social.

O Serviço Social médico surge em 1942, em São Paulo e no Rio de Janeiro no Hospital Artur Bernardes e, desde então, tem sofrido várias modificações. Na Previdência Social, data desta década também a participação do Serviço Social, com a expansão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPS.

Pode-se dizer que até 1960 a profissão não levantou grandes polêmicas, isto é, o conjunto de profissionais apresentava certa homogeneidade, apesar de questionamentos surgidos em meados da década de 50, que se tornam mais relevantes na década seguinte. Esses questionamentos giravam em torno da posição conservadora da profissão e das concepções desenvolvimentistas dos países latino-americanos, baseados em realidades de outros países de capitalismo avançado. Nesta época, os trabalhos de desenvolvimento de comunidade atingiram grande parte da atuação dos assistentes sociais, mas com pontos de vista diferenciados.

Com o golpe de 1964, todo o processo de críticas no interior da profissão foi

neutralizado, como pontua Bravo (1996, p.88):

A estratégia utilizada foi à implementação do processo de “modernização conservadora” que precipitou a crise, pois ao instaurar condições para uma reformulação de Serviço Social de acordo com suas necessidades e interesses, criou simultaneamente um espaço onde se inscrevia a possibilidade de se gerar alternativas às práticas e às concepções profissionais que ela demandava.

Todo este processo de “modernização conservadora” acompanhou o Movimento de Reconceituação, que se iniciou em 1965, questionando a condição de subdesenvolvimento da América Latina. No Brasil, porém, foi orientado por uma concepção desenvolvimentista e modernizante, não recorrendo às práticas sociais inspiradas no marxismo, como aconteceu com outros países latinos. A teoria marxista só conseguiu alguma penetração no país na década de 70.

A “autocracia burguesa”, da ditadura militar, operou um rearranjo na profissão, que atingiu primeiramente o Sistema Previdenciário, burocratizou as organizações e expandiu as demandas da profissão, objetivaram também a legitimação do governo e a reprodução da força de trabalho. Estas mudanças propiciaram uma posição mais elevada aos assistentes sociais na divisão social e técnica do trabalho.

Houve uma expansão de cursos de Serviço Social no país e sua incorporação às universidades; o Estado autoritário promoveu a criação de mecanismos impulsionadores da profissão. O Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais - CBCISS se constitui, na época, o veículo de divulgação mais atuante com a realização de Seminários, como o de Araxá (1967) e o de Teresópolis (1971), difundindo a perspectiva modernizadora, com a teoria estrutural funcionalista norte-americana sem questionar a ordem sócio-política capitalista. Em 1972, surge na Universidade Católica de Minas Gerais uma produção chamada “Método de Belo Horizonte”, constituindo-se o primeiro trabalho brasileiro de inspiração marxista.

No campo de atuação da saúde, o Serviço Social ampliou sua ação pelo surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, ficando no nível da coordenadoria, com o aumento de programas e atividades pela criação da Secretaria de Bem-Estar. Nos órgãos de assistência médica da previdência, o Serviço Social foi regulamentado em 1976 e previa as seguintes ações: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo e preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho. A atuação dos assistentes sociais juntos às equipes interprofissionais

era importante, pois fornecia dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta dos pacientes e participava de pesquisas médico-sociais. As clínicas e doenças enfatizadas foram à obstetrícia, tuberculose, doenças transmissíveis, cirurgia, psiquiatria e clínica médica.

Todo o processo de crítica iniciado na profissão na década de 60 teve muito pouca repercussão na área da saúde. A ênfase foi dada ao complexo médico previdenciário que se instalara com o pós-64 com as ações do profissional assistente social voltado para a relação doença – aspectos emocionais, psicológicos e sociais.

Uma inovação foi trazida pelo II Congresso Brasileiro de Serviço Social ocorrida ainda no ano de 1961, que foi o estímulo às abordagens grupais e comunitárias e o enfoque na saúde pública, na proteção, prevenção e recuperação da saúde, apesar de o mercado de trabalho ser ampliado, mas este foi apenas no âmbito da Previdência Social. O Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência Social, de 1972 definiu a ação do assistente social, caracterizando a profissão dentro da instituição, sua especificação ao atuar junto aos beneficiários (segurado ou dependente), na prática direta, administração, planejamento e política social nas duas áreas: Saúde e Previdência.

Com relação à saúde, a ação do assistente social se dava com vistas a educar os beneficiários quanto à proteção e recuperação da saúde com a divulgação dos fatores determinantes desta, incluindo fatores psicológicos, sociais e econômicos e também uma ação voltada à pediatria com o objetivo de alterar os índices de morbidade e mortalidade infantil.

É indiscutível o fato de que a Reforma que a ditadura militar promoveu no âmbito da Previdência Social – com a criação do INPS – foi o marco principal da imposição de uma nova racionalidade nas políticas sociais do país, autoritário, burocrático, centralizador e que representou, paradoxalmente, a ampliação do mercado de trabalho para os assistentes sociais e o agravamento da condição de vida das classes trabalhadoras com a conseqüente deterioração nas condições de saúde.

A modernização e “sofisticação” da profissão do Serviço Social, nos seus modelos de análise de diagnóstico, intervenção, elaboração de projetos e programas repercutiram na área da saúde, de forma que através da conjuntura sócio-política e da situação da saúde, em particular, o profissional interviu na realidade da população-cliente.

Como afirma Iamamoto (1995, p.78, apud BRAVO, 1996, p.93):

O assistente social caracterizou-se pela ação intermediária nas

relações entre instituição e usuários. Surge como o profissional da coerção e do consenso como um especialista político, sendo essa característica a que aparece com maior intensidade não ser exclusiva.

Fica, portanto, salientada a ação do Serviço Social na Saúde, na prática curativa e nos seus aspectos educativos das funções terapêuticas, preventivas e promocionais que visam o controle do trabalhador, sendo este o responsável pela melhoria na sua saúde. Mas, a partir da década de 70, a vertente modernizadora que permeou a profissão até então, foi posta em questão e duas outras vertentes começam a se esboçar: a “reatualização” do conservadorismo e a “intenção de ruptura” (Iamamoto, 1996, p.34).

A “reatualização” do conservadorismo pretendia recuperar as tradições baseadas na teoria positivista e no pensamento crítico-dialético, de raiz marxiana, mas numa perspectiva microscópica e subordinada ao pensamento católico tradicional, com viés de modernidade e intelectualidade de inspiração fenomenológica. Essa matriz fundamentava-se principalmente na subjetividade e ajuda psicológica.

A vertente “intenção de ruptura com Serviço Social tradicional” baseava-se em uma crítica sistemática à profissão, com a pretensão de romper com o conservadorismo de tradição positivista e seu reformismo. Pretendia resgatar posições que tinham se formado no período anterior à ditadura e que davam ênfase aos aspectos relacionados à estrutura do país e seu desenvolvimento. Para tanto, recorreu à tradição marxista e o seu percussor no país foi o trabalho intitulado “Método de Belo Horizonte”. Já citado anteriormente, no ano de 1972, surge agora à influência dos cursos de pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica – PUC de São Paulo e do Rio de Janeiro, do Centro Latino-Americano de Trabalho Social - CELATS e a Cortez Editora. Houve um grande incentivo às produções teóricas e à investigação científica.

A partir de 1976, a ênfase maior foi dada à produção fenomenológica, mas ainda no ano de 1974, começou a surgir uma articulação com a categoria dos assistentes sociais, sob a influência do processo de reorganização do sindicalismo brasileiro e outros movimentos que ganhavam força no país.

Foi uma época de muitas palestras, discussões, debates e encontros que contavam com a participação de comissões sindicais, a então Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS, hoje Associação Brasileira de Pesquisa e Ensino em Serviço Social, a ABEPS e os movimentos estudantis, que resultavam, entre outros, na aprovação da proposta de currículo mínimo para o curso de Serviço Social. O III Congresso Brasileiro de

Assistentes Sociais, em 1979, na cidade de São Paulo foi o principal marco da articulação da categoria. Neste mesmo ano houve o lançamento da Revista Social e Sociedade pela Cortez Editora. A Revista apresentava um caráter pluralista, aberto, crítico, gerador do debate e fundamentado no exercício democrático da liberdade.

Os adeptos da vertente modernizadora, em contraposição, organizaram no Rio de Janeiro, o Seminário de Sumaré, debatendo, principalmente, a cientificação do Serviço Social. Este Seminário não teve muita relevância no seio da profissão, uma vez que essa perspectiva estava perdendo espaço no interior do corpo profissional e suas concepções tecnicistas “batiam de frente” com a ditadura, que se avolumava. Houve, a partir daí, uma aproximação da vertente modernizadora com a reatualização do conservadorismo e, nesse mesmo período, a “matriz intenção” de ruptura inicia seu processo de consolidação acadêmica, com a posterior efetivação na década de 80 e a realização de experiências piloto, com campos de estágios supervisionados por professores, com a orientação dos novos referenciais, mas essas experiências foram localizadas e não tiveram tanta repercussão na prática dos assistentes sociais.

A ação profissional não teve a contribuição da “intenção de ruptura”, com propostas alternativas à modernização, ficando apenas no âmbito do discurso do compromisso com as classes trabalhadoras.

No que diz respeito à saúde, sua política de viabilização foi dicotomizada em dois Ministérios: o da Saúde e o da Previdência. No Ministério da Saúde os profissionais estavam fragmentados, sem uma coordenação geral e realizavam trabalhos ligados, principalmente à pediatria, psiquiatria e saúde mental; já no Ministério da Previdência havia uma coordenação a nível nacional.

Uma atividade em que o Serviço Social poderia ter tido mais ênfase foi à experiência em Saúde Comunitária nas unidades médico-assistência do INPS, em 1975, onde participaram médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, e os assistentes sociais se caracterizaram apenas como participantes das atividades. O trabalho do Serviço Social poderia abrir a instituição à comunidade, realizando uma gestão social na qual teria um espaço aberto de comunicação e os assistentes sociais teriam um amplo campo de atuação, viabilizando a educação popular, mas o trabalho mobilizou poucos profissionais.

Segundo Bravo (1996, p.102) esse fato nos permite constatar que a ação do Serviço Social na saúde continua sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares, de acordo com suas raízes históricas. A saúde coletiva não é caracterizada como espaço de intervenção profissional, tanto pela instituição; como pelos próprios assistentes sociais,

ficando restrita a uma atividade subsidiária.

Em 1976, os assistentes sociais da Previdência Social começaram a questionar o Plano Básico de Ação Social na Previdência, embora de forma isolada, mas com o objetivo de propor novas medidas e ampliar sua ação na instituição, porém, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS - não foi possível que os assistentes sociais avaliassem os programas de saúde que agora ficariam subsidiados ao recém-criado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

Com a criação do INAMPS, a posição do Serviço Social ficou em menor evidência, não aparecendo na estrutura formal da instituição. Apesar de contestações de alguns profissionais, a situação não foi modificada, permanecendo a grande diferença entre saúde e previdência. Houve tentativas de procurar definir a ação profissional com a justificativa de o trabalho do assistente social ser fundamental em todos os níveis de serviços do INAMPS.

O Serviço Social ficou caracterizado, através da elaboração de uma cartilha contendo informações quanto à importância de desempenhar funções preventivas curativas e promocionais, resultando na melhoria da situação de vida do usuário. Isto não redefiniu a ação profissional, mas regulamentou a atuação nos Serviços Médicos, priorizando aspectos curativos e responsabilizando o paciente pela sua recuperação. O conceito de saúde refere-se ao bem estar físico e mental, possibilitando ao cidadão uma vida saudável e feliz, é a proposta da Organização Mundial de Saúde de 1948.

A vertente “intenção de ruptura” não influenciou a atuação do assistente social na saúde e a perspectiva “modernizadora” só enfatizou o Serviço Social de caso, sendo que as abordagens grupais e comunitárias foram apenas sinalizadas.

Alguns eventos discutiram o tema saúde: o 1º Congresso Brasileiro de Serviço Social de Saúde de 1978, onde foi abordado a Fenomenologia e seus aspectos referentes à saúde, foi uma tentativa dos adeptos das vertentes modernizadoras e reatualização do conservadorismo garantir um maior espaço.

Já o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 1979, teve como tema central às políticas sociais e muitas discussões giraram em torno da questão saúde com a participação de representantes do movimento sanitário, representantes do governo e usuários dos serviços de saúde. O respaldo técnico teve muita influência positivista.

Algumas produções da época relativas à profissão enfocaram aspectos administrativos do Serviço Social Hospitalar: questões presentes no Movimento Sanitário e planejamento em saúde que evidenciam o caráter centralizador dos programas que, quando apontam para descentralização, referem-se apenas às modificações administrativas,

mantendo a centralização política.

Todas as questões levantadas, inclusive no que diz respeito à ação comunitária, foram abordadas dentro da visão funcionalista, que a caracteriza como instrumento de controle social. Toda a época sinaliza a distensão política foi marcada pela continuidade do projeto modernizador, onde as condições de vida, de trabalho e a participação popular, não foram valorizadas.

A partir de 1979, com o acirramento da crise do governo ditatorial, os movimentos assumem uma posição mais efetiva no cenário político, enquanto que o Serviço Social dá prosseguimento ao seu processo de renovação. Ocorre a consolidação acadêmica da vertente “intenção de ruptura”. As elaborações teóricas abordam a historicidade, numa perspectiva que analisa criticamente a própria instituição Serviço Social. Nesta conjuntura, as produções de Yamamoto representam muito bem a consolidação dessa vertente que se inspira na fonte “clássica” do marxismo.

Diversas convenções das entidades, como a ABESS, a Comissão Executiva Nacional de Entidades Sindicais de Assistentes Sociais – CENEAS - consolidaram o fortalecimento da categoria profissional. O IV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais em 1982 discutiu a prática profissional, aonde houve a adesão dos conselhos regional e nacional, quanto ao compromisso com as classes trabalhadoras, luta pela democratização das instituições, fiscalização e abertura de canais de participação para os usuários agora vistos de forma dinâmica e não fragmentada.

Os cursos de mestrado, em 1983, e o recém-implantado doutorado da PUC/SP contribuíram massivamente para contínua renovação do Serviço Social, assim como a Revista Serviço Social e Sociedade.

O Encontro do Alto da Boa Vista em 1984, foi realizado pelos adeptos da vertente “reatualização do conservadorismo” onde a discussão não contou com intensa participação de profissionais, já que a vertente “intenção de ruptura” integrava cada vez mais a categoria profissional, apesar da distância dessa vertente com a questão saúde.

Mesmo assim, alguns profissionais começaram a sinalizar a importância da saúde coletiva, foram formados grupos de trabalho pelo Secretário de Medicina do INAMPS, com a participação de assistentes sociais que colaboraram para a reflexão da prática médica previdenciária, enfatizando a necessidade de busca da cidadania pelos usuários. A perspectiva fenomenológica também ampliou sua área de atuação, identificando a compreensão do homem presente no fenômeno saúde-doença e enfocando a importância do diálogo entre profissionais e cliente. Esta concepção vai influenciar amplamente a saúde

coletiva.

O 1º Congresso Brasileiro de Serviço Social Médico, realizado ainda no ano de 1979, foi marcado por conferências e relatos de experiências. Nas produções técnicas, tiveram destaque o livro de Faleiros, *A Política Social do Estado Capitalista: As funções da Previdência e da Assistência Social* e o livro de Marta Silva Campos, *Poder, Saúde e Gosto*, além de alguns artigos da Revista *Serviço Social e Sociedade*. Também vale destacar a contribuição do Centro Latino Americano de Trabalho Social - CELATS, com as produções sobre saúde enfocando a abordagem dialética.

Diante de tais questões pode-se dizer que o período que se denomina de abertura políticas apresentou alguns avanços com relação ao Serviço Social na saúde, onde a intensa mobilização da sociedade civil e o redirecionamento da prática profissional foram algumas das conquistas dos assistentes sociais progressistas.

A transição da ditadura militar à democracia, que se iniciou no ano de 1985, vai proporcionar a consolidação da vertente “intenção de ruptura”, agora no seio da categoria profissional. Os assistentes sociais recuperaram a teoria marxista que predominava na produção intelectual, apesar de co-existir com as dificuldades da atuação, seja no nível da docência, estudantes ou na própria intervenção.

Neste período, as vertentes “modernizadoras” e “reatualização do conservadorismo” não tiveram grande destaque, mesmo que continuasse a influenciar os programas de Serviço Social pelo seu caráter operativo.

Alguns eventos, como a Assembléia da Associação Nacional de Assistentes Sociais em 1985, começaram a ser permeadas pelas lutas sindicais e partidárias. Também em 1985 situou a prática profissional com a prática dos movimentos populares, com a predominância da vertente “intenção de ruptura”. Em 1989, desenvolveu-se a ampla temática sobre diversas questões sociais no país numa tentativa de solidificar um projeto profissional em benefício das classes trabalhadoras.

Assim como nos dois Congressos, outros encontros serviram para consolidar o compromisso dos assistentes sociais, por meio de suas entidades (ABESS, Conselho Federal do Assistente Social -CFAS, Conselho Regional do Assistente Social - CRAS, Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais - CBCISS, Associação Nacional de Assistentes Sociais - ANAS e Centro Latino Americano de Trabalho Social - CELATS), com os setores populares, ainda que a prática continuasse desarticulada.

A saúde é um exemplo, pois discussões que ocorreram em torno das políticas sociais na saúde pública e na participação popular nas instituições não conseguiram atingir o nível

da operacionalização, ficando, os assistentes sociais, na simples execução de políticas. Houve, em alguns Estados, como São Paulo, tentativas de garantir a participação popular e elaboração de propostas, mas estas foram de pouca importância.

As Comissões de Saúde, criadas em 1980, não representaram grandes mudanças e os profissionais progressistas ainda tiveram que enfrentar a falta de compromisso e de mobilização de alguns dos profissionais, como o médico. As características ainda variavam de Estado para Estado, que proporcionaram algumas reflexões pertinentes; contudo, poucas mudanças conseguiram se efetivar na ação profissional.

As disparidades e os diferentes pensamentos que permeiam a profissão, apesar das discussões e produções da atualidade, favorecem a perspectiva “intenção de ruptura”, que ainda interferem muito na situação do assistente social. Houve muitas mudanças em termos de gestão da assistência, que lhe conferiu teoricamente o caráter de direito social. Mesmo assim esta mudança não rompe com alguns aspectos das ações caritativas e com forte influência da Igreja Católica e dos direitos sociais vistos como a adoção do Estado para os menos favorecidos.

Com a Assembléia Constituinte e a posterior formulação da Constituição Federal de 1988, é decretado o Sistema de Seguridade Social, integrando as ações da Saúde, Previdência e Assistência Social, mas permanecem claras as diferenças entre cada uma das políticas. A Saúde ficou estabelecida como um direito de todos e dever do Estado, mas a Previdência é somente para quem contribui e a Assistência Social é somente para quem dela estiver necessitando.

O Serviço Social tem o compromisso de informar à população quanto aos seus direitos e deveres. Assim, nessa perspectiva, trabalha-se pela transformação social; com relação à saúde, educação, esporte, cultura, lazer e habitação, visando o pleno desenvolvimento do ser humano.

As produções teóricas, publicações e seminários foram muitas e poderiam ter sido mais bem aproveitados e refletidos diante das injustiças durante o autoritarismo.

## **7.1 O direito à Saúde Pública e a Assistência Social**

O direito à saúde está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de setembro de 1990:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (LOS, Art.3).

De acordo com Vasconcelos (2002) na busca de assegurar o direito à saúde, cabe aos assistentes sociais contribuir prioritariamente:

Com levantamentos, estudos e pesquisa que identifiquem e explicitem os fatores condicionantes e determinantes da saúde contribuindo na elaboração de Planos de Saúde e da Política de Saúde;

Na assistência às pessoas por intermédio de ações que, resgatando a saúde existente, priorizem a promoção e a proteção sem prejuízo das ações assistenciais, de cada espaço de trabalho.

Na efetivação do direito da comunidade em participar na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais - o controle social.

O Serviço Social, na área da saúde, atua para além do sofrimento físico e psíquico, explicitando e enfrentando as diferentes expressões da questão social que determinam os níveis de saúde da população, por meio de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, agravos e riscos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde facilitando e contribuindo para a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (VASCONCELOS, 2002).

Referentes à política de saúde, dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social (BRAVO, 2006).

O Projeto Privatista – requisita o assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

O Projeto da Reforma Sanitária - demandas: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã.

Bravo (2006), afirmar que, na maioria, o Serviço Social, vem acompanhado ao

projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente. Entretanto, ficou patente a dificuldade da maioria em realizar um trabalho que no cotidiano esteja norteado pelo projeto ético- político profissional e o da reforma sanitária. Souza (2001) apresenta algumas preocupações: poucos trabalhos de assessoria aos conselhos desenvolvidos por assistentes sociais, pouca participação dos assistentes sociais de unidades de saúde nos conselhos e uma incidência pequena (uma assistente social) participante de conselho com uma concepção de saúde voltada para o mercado.

Na área da saúde; identifica-se o aprofundamento da questão da humanização e acessibilidade no CNS; a intervenção, em conjunto com outras entidades, para a legalização dos cursos de residência para os profissionais não médicos; a discussão sobre a relevância do assistente social na composição das equipes do PSF (Programa de Saúde da Família), e o incentivo à qualificação da atuação do Assistente Social na área, no qual o documento “Assistente Social: trabalhador da saúde” é um exemplo. No aspecto do trabalho desenvolvido nos serviços Vasconcelos (1999) e Costa (1998) ambos concluíram que há uma diferença muito grande entre a intenção e discurso dos Assistentes Sociais com o trabalho desenvolvido. Pois, os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não o conseguem transformá-lo em prática concreta. Assim, identificou que estes profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não os do projeto ético- político da profissão.

Costa (1998) afirma que a legitimidade do Serviço Social na saúde se dá pelo avesso, pois esta profissão vem tendo sua utilidade nas contradições fundamentais da política de saúde. Mas, isto não vem sendo encarado pelos profissionais de Serviço Social como trabalho, daí a imprecisão discursada pelos mesmos. Obviamente, a autora acredita na possibilidade de uma outra ação do Serviço Social na área da saúde, mas considera que a superação do modelo médico hegemônico, com vistas à efetivação do projeto da reforma sanitária, é essencial para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde, onde se insere o trabalho dos Assistentes Sociais.

## **7.2 Atualidade para o Serviço Social na Saúde**

Na saúde, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do

discurso da divergência entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde.

Bravo (2006 p. 212) apresenta três expressões:

A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma auto- apresentação de sanitaristas.

A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilégio da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica (BRAVO, 2006).

A autora revela que o problema não reside no fato dos profissionais de Serviço Social procurar por estudos na área da saúde. O dilema é quando este profissional, em virtude aos méritos de sua competência, passa exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos e outros), e não mais se identifica como um Assistente Social. Assim, o profissional recupera uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. (BRAVO 2006). Este consiste apenas na ação direta com os usuários, o que Netto (1990) denomina de “execução terminal da política social”.

Passando a não considerar as novas demandas colocadas como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional que estão explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares, aprovadas pela ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (1996),

Uma outra questão discutida por Bravo (2006 p 212):

É a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no domínio de teorias que abordam o campo *psi* ou sobre doenças, mas sim quando este profissional se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.

O exercício profissional do assistente social não se reduz a ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina. Esta última perspectiva fragmenta a ação do assistente social na saúde e reforça a concepção de especialização nas diversas patologias médicas, situação que tem sido colocada pelas demais profissões de saúde como necessária de superação. As novas diretrizes das diversas profissões têm ressaltado a importância de formar trabalhadores de saúde para o Sistema Único de Saúde com visão generalista e não fragmentada.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários. Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003).

Considera-se que o código de ética do Serviço Social apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde.

Destaca-se entre seus onze (11) princípios fundamentais:

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos

programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;

- 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;
- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;
- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

Pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, BRAVO (2006 p. 214) considera:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

Portanto, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. Os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho que faça frente ao projeto neoliberal (BRAVO, 2006).

### 7.3 O projeto ético-político profissional do assistente social

O projeto ético-político profissional do assistente social se refere ao empreendimento da prática social e política de enfrentamento à questão social e suas interfaces, tendo em vista o processo de pauperização crescente e a concentração de riquezas na sociedade brasileira.

Segundo Sant'Ana (2000, p. 73), o Serviço Social:

Como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, deve ser entendido a partir das configurações expressas pelas relações de classe desse modelo societário. É um dos responsáveis pela mediação entre Estado, burguesia e classe trabalhadora na implantação das políticas destinadas a tratar a chamada “questão social”, que surgiu com a implantação do sistema capitalista e que, hoje, ganha novos contornos a partir do complexo quadro formado pelos monopólios e pelo ideário neoliberal.

De acordo com Yamamoto (1998, p. 18), a questão social é:

Apreendida enquanto 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.

A autora refere ainda que os assistentes sociais trabalham a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como as que os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública e outras. A atuação do Serviço Social não se limita à esfera macro-social (conjuntural, estrutural), mas também à micro-sociais que concretiza ou cumpre sua “vocação” profissional, sendo que no cotidiano confronta-se com as necessidades e carências fundamentais do ser humano, não só na esfera do econômico e técnico, como também na do afetivo.

O Serviço Social é, portanto, uma profissão interventiva e interdisciplinar, que possibilita a identificação das necessidades e condições sociais dos usuários em que eles estão inseridos.

Segundo Yamamoto (1998, p. 74), a prática profissional não deve ser considerada “isoladamente”, “em si mesma”, mas em seus “condicionantes” sejam eles “internos” – os que dependem do desempenho do profissional – ou “externos” – determinados pelas

circunstância sociais nas quais se realiza a prática do assistente social.

Para Rodrigues (1999), as condições básicas para o exercício da prática exigem o conhecer e o compreender para intervir. Exige querer saber, assumir e responsabilizar-se por ações que interpretam a realidade social. Busca-se as necessidades singulares e coletivas para as transformações sociais.

Segundo Sant'Ana (2000), é no bojo do processo de renovação do Serviço Social a partir da década de 80, que se inicia a construção do projeto ético-político da profissão, apoiado no novo Código de Ética do Assistente Social (BRASIL, 1993) que tem como princípios fundamentais, dentre outros: - o reconhecimento da liberdade como valor ético central que implica a autonomia, emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais; - a defesa intransigente dos direitos humanos, trazendo como contrapartida, a recusa a todas as formas de autoritarismo e arbítrio;

- ampliação e consolidação da cidadania, exigindo a defesa dos seus direitos civis, sociais e políticos; - a defesa do aprofundamento da democracia e posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais; - o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (IAMAMOTO, 1998 e BRASIL, 1993).

Portanto, nessa direção estratégica do Serviço Social, enfatiza-se o seu compromisso ético-político, o que requer uma nova natureza de trabalho profissional que não recusa as tarefas socialmente atribuídas a esse profissional, mas lhes atribui um tratamento teórico – metodológico e ético – político diferenciado.

As autoras Sant'Ana (2000) e Iamamoto (1998), ao assumir o projeto ético-político exigem do profissional uma postura crítica frente ao mundo. Tal perspectiva reforça o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, com o respeito aos usuários e a defesa de seus direitos sociais, investindo na melhoria dos programas institucionais, na rede de abrangência dos serviços públicos, reagindo contra a imposição de crivos de seletividade no acesso aos atendimentos. Significa ainda comprometer-se com o fortalecimento do usuário, atuando numa perspectiva de totalidade.

Sant'Ana,(2000) relata que há diversas contradições e limites que estão presentes na ação profissional, oriundos da própria inserção do Serviço Social na divisão sócio técnica do trabalho hoje vigente. Porém, é preciso ressaltar que em qualquer espaço institucional é possível e exequível uma prática comprometida com o projeto ético-político da profissão, desde que o assistente social tenha um alinhamento teórico político com tal projeto. O que

varia nos diversos espaços de atuação são as estratégias e os níveis de avanço que esse procedimento pode alcançar, de acordo com os limites postos pela realidade institucional e o tipo de demanda que o profissional tem que atender. O fato de a maioria dos profissionais não se comprometer integralmente com uma prática transformadora é resultado da falta de preparo e comprometimento por parte destes, que acabam por fazer cumprir os projetos institucionais e nem sempre priorizam a qualidade do atendimento de seus usuários.

Esse fato é observado, por Matos (2000), Souza (2001) Costa (1998) e Vasconcelos (1999) que o desafio é a necessidade de se consolidar a ruptura com o Serviço Social tradicional, sendo necessário fortalecer o projeto de “intenção de ruptura”, responsável pela construção do atual projeto ético-político profissional e, em especial, avançá-lo para os serviços, para o cotidiano de trabalho do assistente social.

## **8 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

### **8.1 Estudos Preliminares da Pesquisa**

Este estudo, sobre a temática da aquisição de medicamentos para o tratamento da pessoa com Diabetes, teve como objetivo constatar se o direito a medicamentos gratuitos à pacientes diabéticos está sendo efetivado em Bauru; conhecer a realidade dos pacientes que adquirem os medicamentos junto ao SUS; desvelar a importância desse acesso gratuito; bem como, se há ou não dificuldades para tal ato. Procurou-se adotar instrumentais técnicos operativos que possibilitassem esta investigação.

Lênin (apud MINAYO 2001 p. 16) coloca que:

O método é a alma da teoria, distinguindo a forma exterior com que muitas vezes é abordado tal tema (como técnicas e instrumentos) do sentido generoso de pensar a metodologia como a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência.

De acordo com Minayo (2001 p. 16) a metodologia é o caminho do pensamento e a

prática exercida na abordagem da realidade. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

Sendo assim, o estudo iniciou-se com a elaboração do anteprojeto, no início deste ano, a partir do objeto de estudo: O processo de efetivação do direito à aquisição gratuita de medicamentos para o tratamento da pessoa com diabetes, em Bauru.

Posteriormente, efetuou-se a elaboração de uma hemeroteca e de um fichamento bibliográfico, possibilitando a construção da fundamentação teórica do trabalho.

Por meio da pesquisa bibliográfica fêz-se um estudo exploratório de livros e artigos científicos relativos ao tema abordado, tendo assim, como principal vantagem, a elucidação do investigador para uma sucessão de idéias e teorias sobre a temática em questão.

A pesquisa foi de caráter exploratório, de acordo com Trivinõs (1987,p.109):

Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua e experiência em torno de determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimento para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental.

Realizou-se a análise documental para ampliar o estudo e o conhecimento sobre o tema desenvolvido. Neste aspecto, Gil (1989, p. 163) afirma:

A análise documental é entendida como uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade, a interpretação destas mesmas comunicações.

O estudo foi de abordagem quali-quantitativa, contemplando os dados objetivos e subjetivos dos sujeitos.

A abordagem quantitativa foi utilizada para representar um panorama dos pacientes que adquirem medicamentos gratuitamente junto ao SUS, no que se refere à intervenção ou não de um assistente social, bem como a dificuldade de acesso aos medicamentos. Tais dados completaram a abordagem qualitativa para a análise dos objetivos propostos neste estudo.

Minayo (2001, p.21-22) ressalta que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se

preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A opção da abordagem da pesquisa ser quali-quantitativa foi considerada a mais apropriada para pesquisar o tema proposto em virtude de se dedicar à análise e oportunizar ao pesquisado condições de participar, compreender e interpretar a realidade vivenciada, possibilitando maior entrosamento e aproximação entre pesquisador e pesquisado, bem como a obtenção informações que interessavam à investigação.

Os conjuntos dos dados qualitativos e quantitativos interagem dinamicamente, como é apresentado por Minayo (2001, p.22):

A diferença entre qualitativo e quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatísticas apreendem os fenômenos apenas à região "visível, ecológica, morfológica e concreta", a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível em equações, médias e estatísticas. O conjunto de dados qualitativos e quantitativos, porém não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

Como instrumental de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi- estruturada com base no formulário, com perguntas abertas e fechadas, onde os sujeitos pesquisados tiveram a oportunidade de explanarem a respeito do assunto.

A entrevista foi pautada em um roteiro orientador, possibilitando, assim, o tratamento das questões pretendidas que rebateram na verificação da efetividade ou não da garantia aos direitos de todos os pacientes, que devem, em princípio, atender o artigo 5º da Constituição Federal Brasileira de 1988, no que tange à Saúde.

Foi aplicado o pré-teste, a fim de avaliar a eficácia do instrumental, tornando-se necessária à reformulação em alguns questionamentos.

Chizotti (1987, p.146) pontua que:

É útil esclarecer, para evitar qualquer erro, que essas perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semi-estruturada, no enfoque qualitativo, não nasceram a priori. Elas são resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importantes seus contatos, inclusive, realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas.

As entrevistas, com base no formulário, foram realizadas através de contatos telefônicos, sendo explicitados os objetivos e os propósitos da pesquisa de forma clara e objetiva, bem como os motivos pelos quais as entrevistas se deram por telefone, levando em conta a impossibilidade de contato com todos os pacientes, por motivos de divergências de horários.

O universo da pesquisa foi constituído pelos pacientes registrados nos prontuários eletrônicos do Hospital Estadual Bauru, no período de maio a julho de 2008, num total de sessenta pacientes.

A escolha dos sujeitos deu-se através da amostra probabilística, casual simples, que reúne todas as técnicas que usam mecanismos aleatórios na seleção dos elementos da amostra, atribuindo a cada um deles uma probabilidade. Os pacientes foram selecionados aleatoriamente, uma vez que o interesse era conhecer as diversas realidades dos pacientes que adquirem os medicamentos necessários para seu tratamento no SUS. Os sujeitos válidos representaram 56,67% do universo da pesquisa.

Vale ressaltar que foram entrevistados dois profissionais relacionados ao processo de aquisição de medicamentos, sendo um assistente social e um médico endocrinologista, contribuindo para o enriquecimento deste trabalho de Conclusão de Curso.

Ressaltamos que inicialmente foi aplicado o pré-teste com dois pacientes, constatando-se a necessidade de realizar algumas alterações no instrumento de coleta de dados para melhor alcance dos objetivos traçados no projeto.

O segundo procedimento ocorreu na realização da tabulação dos dados coletados, em que as respostas foram tabuladas por palavras-chaves e conseqüentemente, classificadas nos eixos ou categoria de análise.

Para a realização da análise interpretativa dos dados coletados foram criadas sete categorias de análise, correlacionando-os com a teoria pesquisada e com os objetivos propostos, sendo:

- Categoria de Análise 1: Perfil social dos usuários
- Categoria de Análise 2: Concepção do trabalho do assistente social do HEB junto aos pacientes diabéticos;
- Categoria de Análise 3: A retirada dos medicamentos no SUS;

- Categoria de Análise 4: A importância dos medicamentos;
- Categoria de Análise 5: Análise e interpretação dos dados junto aos profissionais que trabalham no processo de receitar os medicamentos e informar e encaminhar o paciente para a retirada gratuita dos medicamentos receitados.

Os dados tabulados na primeira categoria oportunizaram traçar o perfil social dos pacientes por gênero, faixa etária e número de pessoas com diabetes na família. Na segunda categoria de análise a opinião dos pacientes sobre o trabalho dos assistentes sociais do HEB.

Os dados tabulados na categoria de análise 03 permitiram averiguar se o direito a aquisição gratuita de medicamentos para o tratamento da pessoa diabetes está sendo efetivada no município de Bauru.

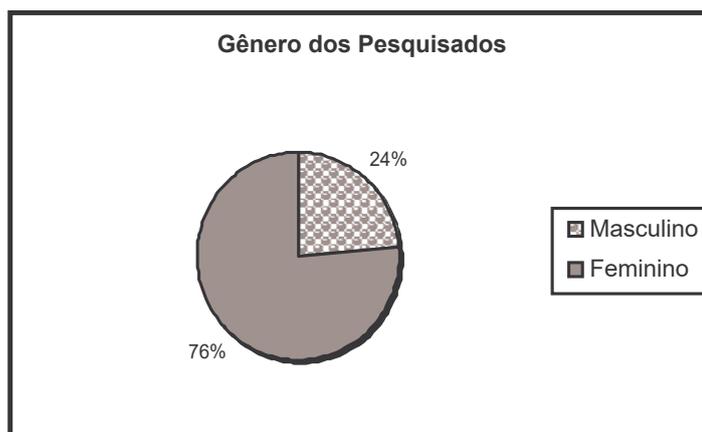
A Categoria de Análise 04 apresenta a importância de tais medicamentos para o tratamento da pessoa com diabetes, bem como para a vida dos pacientes. E finalmente na Categoria de Análise 05 os dados obtidos permitiram aos profissionais que atuam nesse tramite, sendo: médico e assistente social, avaliar seu trabalho neste processo.

Para garantir o sigilo necessário, os usuários foram apresentados como S1, S2....S10; com os profissionais sujeitos da pesquisa ocorreu da seguinte forma: Médico Endocrinologista (PME) e assistente social (PAS).

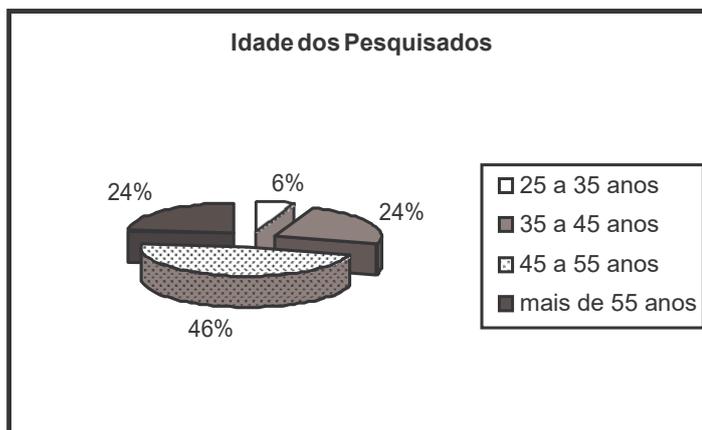
Pretende-se que os dados desta pesquisa contribuam, de forma ampla, ao Serviço Social, oportunizando o desenvolvimento de um trabalho mais completo e efetivo no SUS, procurando, assim, cooperar para a criação de uma nova mentalidade de trabalho, comprometida com as necessidades do usuário, dependendo diretamente da forma de gestão dos profissionais e da percepção sobre qualidade do Sistema Único de Saúde de Bauru-SP.

## **9 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS PESQUISADOS**

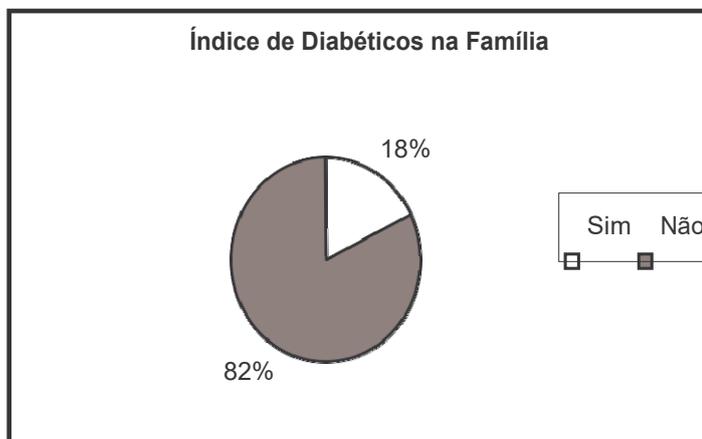
### **9.1 Perfil dos pacientes com diabetes, abrangendo gênero, faixa etária e número de casos na família.**



**Figura 01 – Gênero dos Pesquisados.**  
Fonte: autora



**Figura 02 – Idade dos Pesquisados.**  
Fonte: autora



**Figura 03 – Índice de Diabéticos na Família.**

**Fonte:** autora

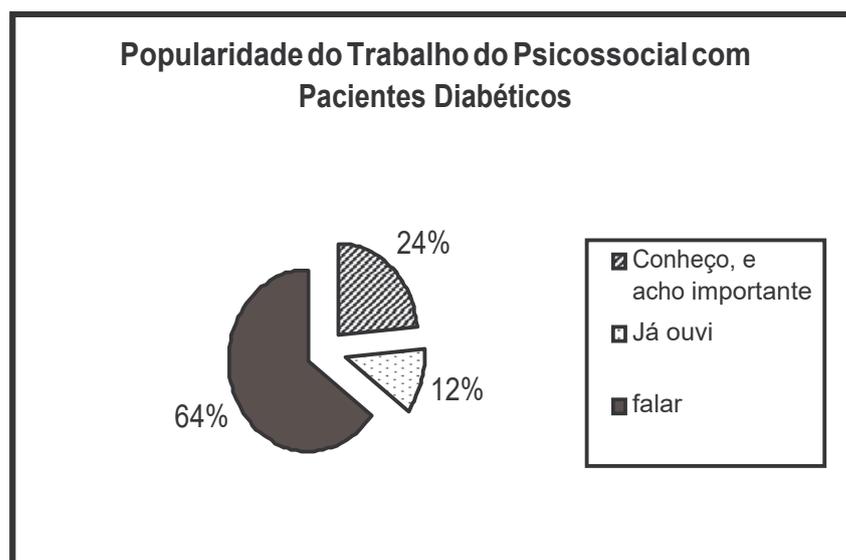
Os dados obtidos na Figura 01 demonstram que 76% dos sujeitos participantes da pesquisa efetivada aos usuários são do sexo feminino e, apenas 24% masculino.

Na Figura 02 quanto à idade observamos que a maior concentração ocorreu na faixa etária de 45 a 55 anos ou seja 46%, seguido dos pacientes de 35 a 45 anos, e de pacientes maiores de 55 anos, 24%.

Na Figura 03 pode-se constatar que 82% dos pacientes entrevistados não possuem casos de diabetes na família. Já 18% possuem algum parente com o mesmo diagnóstico, mas, ainda esta em estudo o fato do diabetes ser ou não hereditário.

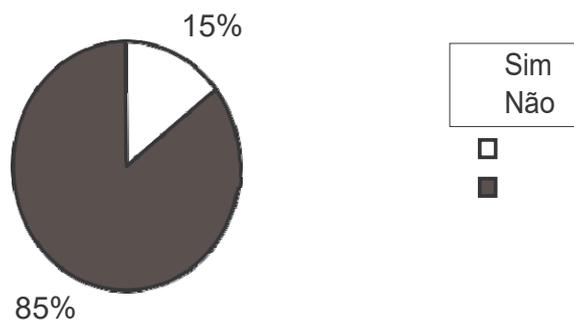
Estima-se que a diabete cause 3,8 milhões de mortes em todo o mundo - cerca de 6% do total da mortalidade mundial, quase o mesmo que o **HIV/Aids** e a **malária** combinadas. As perdas por morte ou por deficiência provocadas pela doença chegam a 25 milhões de anos de vida por ano, segundo a OMS, e a 23 milhões de anos de vida por ano, respectivamente, segundo a Federação Internacional da Diabetes. Ou seja, deixam de ser vividos ou vividos adequadamente, em função da morte ou das deficiências provocadas pela diabetes.

O maior problema da diabetes é o diagnóstico tardio ou o mal diagnóstico. E o impacto é maior ainda, porque, embora as pessoas possam viver com a doença, a causa da morte é freqüentemente registrada como doenças do coração e falha renal. Concepção do trabalho do assistente social do HEB junto aos pacientes com diabetes



**Figura 04 – Demanda do Trabalho do Psicossocial com Pacientes Diabéticos.**  
Fonte: autora

#### Pacientes encaminhados ao Psicossocial



**Figura 05 – Pacientes encaminhados ao Psicossocial.**  
Fonte: autora

Conforme os dados observados na Figura 04, 64% dos pacientes entrevistados desconhecem o trabalho do assistente social do HEB realizado com os pacientes com

diabetes. O grande índice de pacientes desconhecem o trabalho se dá devido ao fato de que a maior parte dos pacientes entrevistados não tiveram o primeiro diagnóstico no HEB. Verificamos também na figura 4 que, 24% dos entrevistados conhecem e acham um trabalho importante para o tratamento, pois as orientações do assistente social permitem que tenham uma visão maior quanto aos direitos que possuem, bem como a importância de seguir regularmente as orientações e recomendações passadas pelo médico, conforme alguns relatos abaixo:

*“Sempre é importante o trabalho de um assistente social junto aos diabéticos, pois às vezes o médico nos atende rápido e não tira todas as dúvidas, ou não entendemos tudo o que ele fala; já com os assistentes sociais fica bem mais fácil de entender e saber como proceder com as papeladas.” (Sujeito 15)*

*“Porque a assistente social nos explica as coisas que não entendemos na consulta.” (Sujeito 4)*

*“Para nos tranquilizar e explicar tudo direitinho, principalmente no início do tratamento quando temos muitas dúvidas.” (Sujeito 27)*

*“Para orientações e esclarecimentos.” (Sujeito 32)*

*“Eu nunca passei pelo assistente social aqui no hospital, mas porque eu nunca precisei, pois eu sou diabético desde meus 35 anos. Porém acho muito importante o trabalho deles (assistentes sociais) para esclarecer as possíveis dúvidas quanto ao uso dos medicamentos e à retirada nos Postos de Saúde.” (Sujeito 13)*

Outro fato importante é que 12% dos pacientes que já ouviram falar do trabalho, porém nunca passaram pelo assistente social.

Na figura 5 sobre o encaminhamento para o psicossocial, observamos que 85% não foram encaminhados. Vale ressaltar que de rotina os médicos endocrinologistas encaminham para o Serviço Social, todos os pacientes que tem o diabetes diagnosticado no HEB, para que recebam as orientações necessárias para a aquisição dos medicamentos, bem como outros direitos.

Gigante (1988 p. 21) afirma:

Se a cada cidadão for propiciada a possibilidade de viver em

condições saudáveis, estaremos cuidando de prevenir doenças e diminuindo a necessidade de remédios. Não custa lembrar que condições saudáveis de vida têm a ver com moradia, alimentação, higiene pessoal e geral, inclusive realização adequada no trabalho e possibilidades de lazeres.

Nos atendimentos o assistente social orienta, esclarece as "normas institucionais e direitos do usuário", e isso tem gerado conforto e segurança na medida em que traz visibilidade e objetivos concretos as possibilidades de continuidade de atendimento.

Os usuários geralmente apresentam algum desconhecimento quanto aos seus Direitos, conseqüentemente, não sabendo como reivindicá-los. Os demais direitos sociais também são abordados, especialmente pela à situação atual dos usuários sem condições socioeconômicas para dar continuidade ao tratamento, o que dificulta a adesão dos mesmos e preocupação não só o Serviço Social, mas também de toda a Instituição, que não contempla meios próprios de suprir toda a clientela dependente deste recurso.

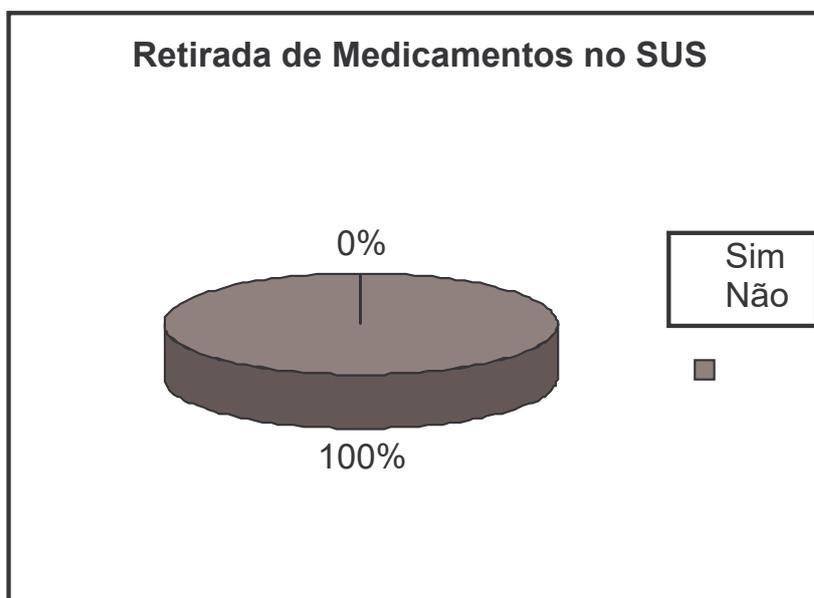
Estes momentos de discussão têm possibilitado ao grupo, questionar o papel não só do Estado, mas as implicações, engajamentos e principalmente motivações dos participantes de movimentos sociais que lutam pelo exercício pleno da cidadania.

O assistente social é o profissional que detém o papel de articulador e, para isso, necessita utilizar a linguagem e o conhecimento, “tanto das razões que levam o usuário e/ou sua família a ter determinado comportamento, quanto das razões técnicas básicas que levaram o médico/equipe de saúde a optar por uma determinada terapêutica” (COSTA: 2000, p. 53).

É importante saber qual a rede de serviços oferecida no município, por isso é interessante que se faça um guia com os serviços existentes nos municípios através de um mapeamento institucional.

O que é principal para que se efetive a cidadania dos usuários não é o tratamento individualizado ao atendimento, mas sim a realização de uma “(...) análise objetiva e crítica da realidade social, econômica, política e cultural” (VASCONCELOS: 2002, p. 512). O acesso à informação é o direito básico dos usuários, pois só como conhecimento é que o ser social tem condições de “caminhar com suas próprias pernas” em busca de recursos concretos que estejam disponíveis no município.

## **9.2 A retirada dos medicamentos no SUS**



**Figura 06 – Retirada de Medicamentos no SUS. Fonte: autora**

A função do SUS é garantir a integralidade, a universalidade e a efetividade, ou seja, um sistema que atenda de forma igualitária, portanto 100% dos pacientes entrevistados adquirem seus medicamentos gratuitamente nos SUS; desta maneira podemos comprovar que o Sistema tem funcionado no que diz respeito ao acesso aos medicamentos necessários, e garantidos por lei para os pacientes com diabetes, porém os mesmos reclamam de esporádicas falta de alguns medicamentos, conforme depoimentos abaixo:

*“Eu sempre retirei os medicamentos no Posto de Saúde perto da minha casa, desde quando eu tenho diabetes, mas as vezes acontece de um mês ou outro não ter, ai eu acabo comprando pra não ficar sem” (Sujeito 24)*

*“Eu retiro todos, mas as vezes não tem. Já aconteceu de ficar uma ou duas semanas sem tomar porque estava em falta no Posto e eu não tenho condições de comprar. Mas faz muito tempo que não*

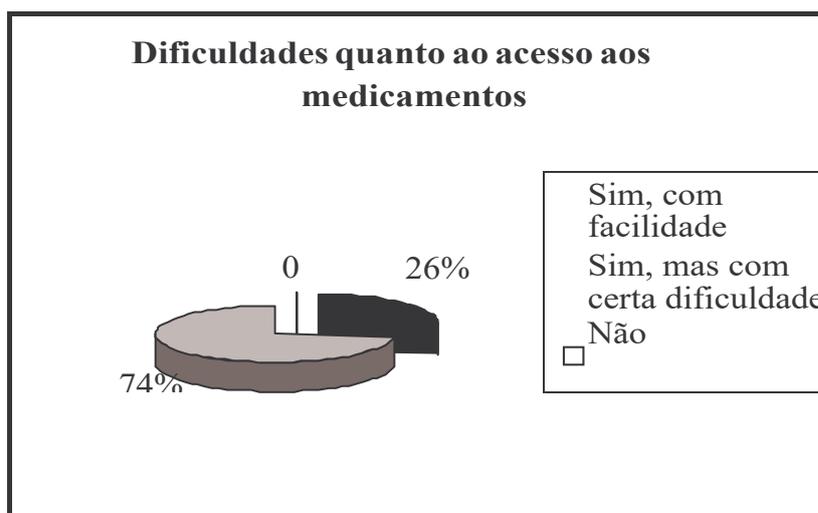
*falta.” (Sujeito 15)*

*“Sim, retiro gratuitamente. Só compro quando não tem no Posto perto de casa, fora isso retiro todos.” (Sujeito 1)*

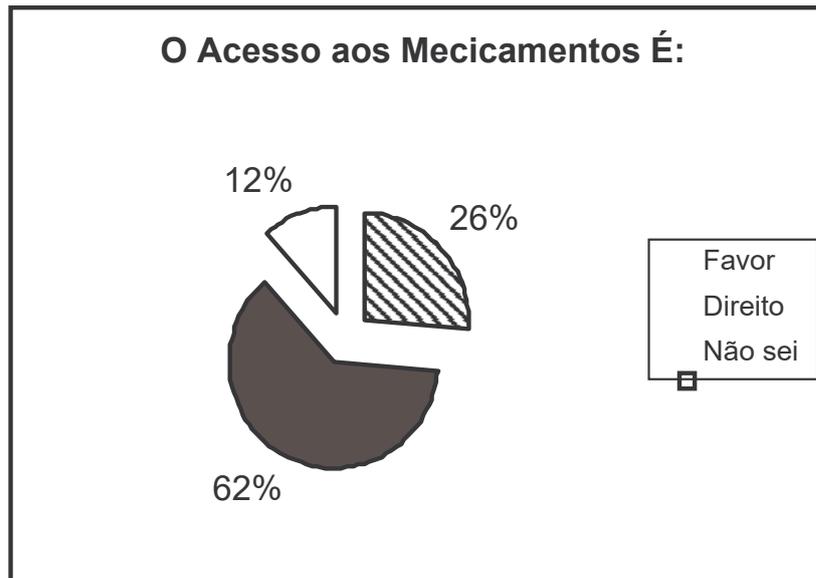
*“Sempre retirei, é difícil não ter, mas às vezes acontece. Quando isso ocorre, eu deixo o nome e o Posto me liga quando chega os medicamentos. Não demora muito, em torno de uma ou duas semanas, no máximo.” (Sujeito 33)*

*“Sim retiro todo mês, às vezes não tem e ai eu acabo comprando, mas logo chega e eu guardo os que eu comprei para se faltar algum mês novamente, pois eu preciso tomar todos os dias.” (Sujeito 19)*

A figura a seguir, vem destacar o índice encontrado nos depoimentos acima, pois quando questionados sobre a aquisição dos medicamentos junto ao SUS, 74% adquirem mensalmente os medicamentos no Posto de Saúde perto à sua residência, porem encontram algum tipo de dificuldade. Já 26% relatam adquirem todos os meses os medicamentos sem nenhum impedimento.



**Figura 07 – Dificuldade quanto ao acesso aos medicamentos.**  
Fonte: autora



**Figura 08 – O Acesso aos Medicamentos É. Fonte: autora**

Os dados obtidos na Figura 08 provam que embora todos os pacientes entrevistados tenham seu direito de acesso a medicamentos gratuitos para o tratamento do diabetes garantidos, ainda assim muitos desconhecem a lei que obriga o Estado a distribuir gratuitamente tais medicamentos.

Pode-se observar na figura 08 que 12 % dos entrevistados não souberam informar sobre a forma de aquisição mensal e gratuita dos medicamentos e 26% consideram a aquisição gratuita como um favor prestado pelo município e/ou estado, o que prova que 38% dos pacientes entrevistados desconhecem a Lei Federal nº 11.347/06, que diz:

Art. 1º Os portadores de diabetes receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde - SUS, os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar.

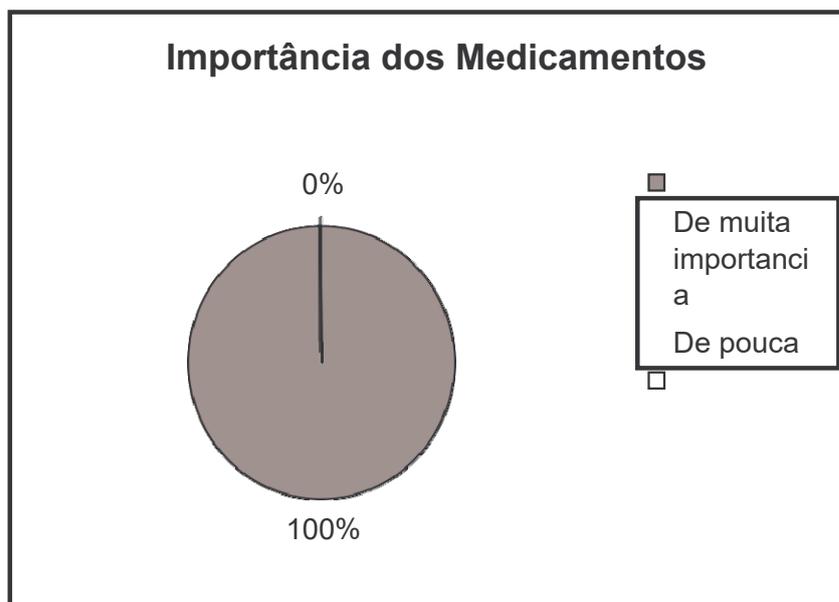
§ 1º O Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, selecionará os medicamentos e materiais de que trata o caput, com vistas a orientar sua aquisição pelos gestores do SUS.

§ 2º A seleção a que se refere o § 1o deverá ser revista e republicada anualmente ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos, tecnologias e produtos no mercado.

§ 3º É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais

citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para diabéticos. (BRASIL, Lei 11.347/06, de 27 de setembro de 2006).

### 9.3 A importância dos medicamentos para a vida dos pacientes diabéticos



**Figura 09 – A Importância dos Medicamentos.**  
Fonte: autora

Na Figura 09 os pacientes foram questionados sobre a importância dos medicamentos para a sua vida, e/ou controle da doença, e 100% dos entrevistados disseram que tais medicamentos são de extrema importância para o tratamento e controle do diabetes, conforme os depoimentos abaixo:

*“Total, se eu parar de tomá-los não sei o que pode me acontecer. Se dependesse de comprar todos, com certeza eu não teria condições, mas retiro todos os meses gratuitamente no Posto de Saúde perto da minha casa, e graças a Deus tomo sempre direitinho, por isso que ainda estou aqui podendo responder suas perguntas, porque se não tivesses esses remédios, com certeza não estaria mais aqui.”  
(Sujeito 15)*

*“Nossa...! São muito importantes, tão importantes quanto os alimentos. Você fica sem comer algum dia?! Pois é... eu também*

*não posso ficar sem meus remédios.” (Sujeito 2)*

*“Total, o médico me disse que se eu não tomar qualquer um deles eu posso até morrer. Por isso quando não tem no posto eu prefiro comprar do que esperar chegar, mesmo que não demore muito, mão é que eu não pretendo morrer tão cedo não.” (Sujeito 19)*

*“Os medicamentos que eu tomo são muito importante para controlar minha diabetes e também para me manter viva, pois se eu não tomá-los e não fizer minhas dietas direitinho, nem sei o que pode me acontecer. Não gosto nem de pensar. Nos tornamos dependentes desses medicamentos, é uma questão de vida ou morte, porque se não tomá-los posso ate morrer.” (Sujeito 8)*

*“Só quem tem diabetes sabe o quanto são importante esses medicamentos.” (Sujeito 20)*

*“São muito importantes, não posso ficar sem.” (Sujeito 23)*

*“Importantíssimos, graças a Deus nunca aconteceu de faltar quando eu vou retira-los, porque eu não teria condições de comprar, pois são caríssimos; mas Deus é tão bom que nunca me faltou nenhum.” (Sujeito 27)*

*“Muito importante, pois se não tomar eu posso ate morrer, e como não tenho condições de comprar a ‘ajuda’ que o Posto me dá é muito importante.” (Sujeito 32)*

*“Muito importante, preciso usá-los todos os dias.” (Sujeito 1)*

*“Muito importante, pois se não tomar regularmente posso morrer. Graças a Deus eu retiro todos no Posto de Saúde, mas as vezes faltam, mas não demora muito para chegar, uma ou duas semanas no máximo, por isso eu nunca precisei comprar. Nem sei quanto custam, mas acho que são caros.” (Sujeito 33)*

Como pudemos observar nos depoimentos, até o momento não há cura para diabetes; contudo, a doença pode ser tratada e manejada com sucesso. A chave para tratar à diabetes é monitorar e controlar cuidadosamente os níveis de glicose no sangue através de exercícios, dieta e medicamentos. O regime de tratamento exato depende do tipo do diabetes.

Dependendo da gravidade do diabetes, é necessário tomar medicamentos que ajudem a controlar a glicose do sangue. A maioria dos remédios para diabetes tipo 2 são medicamentos orais e a ação cai nas seguintes categorias:

- Estimulam o pâncreas a liberar mais insulina para ajudar a reduzir a glicose no sangue;
- Interferem com a absorção de glicose pelo intestino, impedindo assim a glicose de entrar na corrente sanguínea;
- Melhoram a sensibilidade à insulina;
- Reduzem a produção de glicose pelo fígado;
- Ajudam a degradar ou metabolizar glicose;
- Suplementam a insulina diretamente na corrente sanguínea através de injeções.

Nos países mais pobres, pessoas com diabetes e seus familiares gastam o que podem com tratamento médico. Considerando principalmente os efeitos da mortalidade prematura, a OMS estima que a diabetes, as doenças do coração, e o derrame, combinados, vão custar (entre 2005 e 2014) de US\$ 555,7 bilhões na China, US\$ 303,2 bilhões na Rússia, US\$ 336,6 bilhões na Índia, US\$ 49 milhões no Brasil e US\$ 2,5 bilhões na Tanzânia.

#### **9.4 Interpretação dos dados junto aos profissionais de Serviço Social e de Medicina do HEB diante dos dados adquiridos com os pacientes.**

Diante dos dados da pesquisa pode-se comprovar que é grande o número de pacientes que desconhecem a Lei de amparo à retirada gratuita de todos os medicamentos necessários para o tratamento do diabetes, o profissional de assistência social entrevistado, ressalta que a informação é o único meio para que todos os cidadãos saibam onde e como intervir quando não encontrarem os medicamentos no Posto de Saúde próximo a sua residência, conforme depoimento abaixo:

*Sempre orientamos os pacientes a não deixarem para a última hora a retirada dos medicamentos. O ideal é que eles compareçam aos postos com uma semana de antecedência, para que se por acaso o remédio*

*estiver em falta no Posto, o paciente não fique sem. Se isso não ocorrer, o paciente deve dirigir-se ao pronto socorro municipal mais próximo, o qual deve possuir todos os medicamentos para atender a demanda do município.*

*Em ultimo caso se o paciente ainda assim não conseguir o medicamento, a orientação é que procure a assistente social do local em que se encontra para que a mesma possa intervir junto aos serviços sócio-assistenciais competentes para tal.*

*É importante que o paciente tenha essa ciência desde o momento em que retira o prontuário de solicitação de medicamentos gratuitos, bem como, as orientações necessárias se caso a Secretaria de Saúde negar o pedido. Para isso, ressalto novamente, a importância do acompanhamento de um assistente social, pois a maioria dos médicos desconhecem esse processo. (PAS)*

Conforme relatado, é muito importante o trabalho de um assistente social para conscientizar todos os pacientes que devem exigir que lhes sejam fornecidos todos os medicamentos, pois, conforme relato abaixo de um médico endocrinologista, entrevistado para enriquecer a pesquisa, o mesmo esclarece qual a importância dos medicamentos receitados, e também, quais as complicações que podem ocorrer caso o tratamento seja interrompido por falta de medicamento.

*Um paciente que necessita de Insulia, por exemplo, nunca pode ficar sem tomá-la, isso causará uma tremenda descompensação em todo o organismo e prejudicará muito o tratamento, principalmente no caso de crianças. Já no adulto, a glicemia também sofre uma leve descompensação se os medicamentos não forem corretamente utilizados, porém as complicações são mais longas, em longo prazo; já nas crianças um dia sem medicamentos pode levá-las a internação, e em alguns casos até à UTI.*

*Vale ressaltar que um medicamento uma vez receitado para uso diário, independentemente de causar ou não complicações, a falta deste, pode não implicar em risco de vida, porem com toda certeza, diminuirá a qualidade de vida do medicado. (PME)*

*Verifica-se, então, que o paciente não deve interromper o tratamento, para que não haja maiores complicações, diante disso, pode-se constatar que é essencial a inserção de um assistente social no processo de diagnóstico do diabetes para que possam orientar os pacientes quanto a todos os procedimentos que devem ser tomados, a fim de adquirir os medicamentos gratuitamente, bem como, para esclarecimentos de possíveis dúvidas, conforme relato dos profissionais entrevistados:*

*É muito importante que tenha um assistente social em todos os atendimentos ambulatoriais do HEB.*

*Na verdade a importância do trabalho do assistente social se dá em todos os setores de um hospital, desde a inserção do paciente a qualquer serviço até o momento de alta. Pois muitas vezes os direitos sociais deixam de acontecer por falta de conhecimento dos cidadãos; por exemplo, vemos casos de pacientes que perdem as consultas e até cirurgias por não ter um meio de locomoção de sua residência até o hospital, sendo que isso é uma obrigação do município.*

*O mínimo de orientação que é dada a um paciente abre várias portas para o acesso a todos os seus direitos, pois o SUS prevê um atendimento totalitário, se isso não acontece, um dos fatores é a falta de orientação, pois sem orientação e conhecimento, muitas vezes os princípios que regem o SUS acabam por não serem efetivados integralmente.*

*Entendo que assim como o assistente social realiza um trabalho de extrema importância acompanhando todo o processo de internação, alta ou óbito do paciente, assim também se faz necessário o acompanhamento em interconsultas e nos atendimentos ambulatoriais. (PAS)*

*O atendimento a diabetes deve sim ser feito com uma equipe multiprofissional, para discutir, como em outras áreas, as dificuldades, as consultas, as particularidades de cada paciente, pois só receitar um remédio não gera um tratamento e muito menos os resultados esperados.*

*Um assistente social na equipe multiprofissional dos atendimentos ambulatoriais é muito importante, especialmente no diagnóstico do diabetes, pois exige mudança de hábitos. Quando um paciente descobre a diabetes, todo um contexto familiar terá que ser alterado, por isso julgo extremamente importante o acompanhamento de um assistente social.*

*Nós, médico, buscamos receitar os medicamentos que temos ciência estar na lista do SUS, mas além dos medicamentos, receitamos uma dieta especial para cada tipo e grau de diabetes, e muitas vezes a família não tem condições para seguir tal dieta, ou até mesmo não consegue entender a necessidade disto, por isso assim como a assistente social, um psicólogo também deve ser integrado à equipe multiprofissional do ambulatório, e é isso que temos buscado, para que o tratamento não seja limitado. (PME)*

Infere-se que se a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, cabe aos profissionais instruir a população de seus direitos efetivando seu trabalho com eficiência e eficácia, garantindo, assim, o acesso de todos aos medicamentos necessários, fazendo-se valer a cidadania.

Vale ressaltar que o Serviço social é uma profissão eminentemente interventiva, que tem o compromisso com a justiça social, com a efetivação dos direitos de cidadania da população, pois todos são sujeitos às ações e não objetos passivos. É com olhar crítico que assistente social trabalha numa perspectiva dialética, visando sempre à transformação.

Verificou-se que os profissionais entrevistados desenvolveram capacidades de decifrar a realidade, e visam preservar e efetivar direitos. Enfim, são profissionais competentes e propositivos, em suas especialidades.

## **10 CONCLUSÃO**

Em consonâncias ao referencial teórico deste trabalho, pode-se verificar que hoje, no Brasil, o direito ao acesso aos medicamentos de alto custo não esta sendo efetivado em sua forma integral e igualitária, pois foi possível constatar nos dados apresentados que parte da população entrevistada já sofreu com a falta de medicamentos nos Postos de Saúde.

A questão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS tem sido alvo de inúmeras polêmicas nos últimos anos, tendo em vista a crescente demanda judicial por medicamentos de pacientes do setor privado e de planos de saúde, de prescrição de medicamentos não relacionados nos protocolos nacionais e estaduais farmacológicos, medicamentos sem registros na Agencia Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e assim por diante.

O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é um acesso regulado e não um acesso anárquico e, a integralidade da assistência terapêutica deve pautar-se por um padrão técnico-científico, definido pelos órgãos competentes do SUS, o qual compatibilize as necessidades da população com as disponibilidades de recursos, devendo observar, ainda, como critério principal de alocação de recursos, o epidemiológico, que, de acordo com a Lei 8.080/90 (art. 7º, VII), tem precedência sobre todos os demais. Assim devemos falar em acesso universal regulado e em definição de padrão técnico-científico da integralidade da assistência à saúde.

Conclui-se que a saúde da população no Brasil, como preceitua a Constituição

Federal, depende também dos fatores econômicos e sociais, dentre eles a garantia de emprego, salário, moradia, educação, lazer, dentre outros. Busca-se desta forma, a plena responsabilidade do poder público municipal, mesmo sabendo que isso é extremamente difícil, mas os poderes público estadual e federal são sempre co-responsáveis na respectiva competência ou na ausência da função municipal.

Mediante os dados obtidos constatou-se que o objetivo geral dessa pesquisa “constatar se o direito a medicamentos gratuitos à pacientes diabéticos está sendo efetivado em Bauru” foram identificados através da hipótese levantada, porem entende-se que esta não foi totalmente comprovada, pois o direito de obtenção de medicamentos de auto custo para o tratamento do diabetes tem sido efetivado, a dificuldade não tem sido a liberação para tal ação, e sim a constante falta de alguns dos medicamentos receitado nos Postos de Saúde.

Quanto aos objetivos específicos: “verificar a concepção do usuário no acesso à medicação pelo SUS”; “visualizar se há interrupções da medicação causadas pelas dificuldades de acesso”; e, “analisar o trabalho do assistente social nesse processo” pode-se constatar que parte dos pacientes desconhecem a Lei Federal que garante o acesso a medicamentos gratuitos no tratamento de doenças como a diabetes, bem como a interrupção, em alguns casos, do tratamento devido a falta dos medicamentos receitados.

Concluiu-se, também, que a dificuldade dos especialistas em saúde pública, dos magistrados, da população em geral, está em definir o conceito do art. 196 da CF que muitos entendem ser amplo o suficiente para abarcar toda e qualquer necessidade ou interesse individual ou coletivo na saúde e não admitindo regulamentação infraconstitucional.

Se assim for, a Saúde, como setor, teria de garantir a todos qualidade de vida suficiente para evitar o risco de adoecer, ou seja, adotar políticas sociais e econômicas que assegurem tudo o que interfere e condiciona a saúde individual e coletiva, como moradia, saneamento, renda, educação, lazer, alimentação, além dos serviços de saúde propriamente ditos, uma vez que é essa a dicção do art. 196, em seu sentido lato.

No campo de atuação do SUS, conforme previsto no art. 6º, da Lei 8.080/90 está à assistência terapêutica integral; ali se assegura que a assistência farmacêutica é parte integrante da assistência terapêutica. Compreende-se como assistência terapêutica integral, de acordo com o disposto no art. 7º, II, da mesma Lei, “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Entende-se, desde logo, que a assistência integral pressupõe, nos termos da lei, um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde e não procedimentos isolados, o que sustenta a hipótese que os medicamentos

devem estar à disposição dos pacientes em tempo integral nas Unidades Básicas de Saúde.

A conclusão óbvia é que a assistência farmacêutica não é autônoma; está vinculada à assistência terapêutica dos pacientes em tratamento no SUS, integrando-a. O SUS não é uma farmácia independente, tampouco um laboratório ou uma clínica terapêutica: o SUS é um conjunto articulado de ações e serviços de saúde.

Um grande impasse acontece no que diz respeito à falta de medicamentos em alguns Postos de Saúde, o que interfere no tratamento dos pacientes, bem como na qualidade de vida, pois muitos são obrigados a comprar tais medicamentos para não interromper o tratamento.

A universalidade do acesso e a integralidade da assistência à saúde são parte integrante dos eixos de atuação, promovendo-se o acesso da população brasileira às ações e aos serviços de qualidade em todos os níveis, desde a atenção básica, até os procedimentos de maior complexidade, possibilitando, assim, o acesso da população à boa qualidade de vida, não dependendo apenas do assistente social e do município em atender à excessiva demanda.

Em relação aos objetivos propostos nessa pesquisa, é tocante o fato de que o Sistema Único de Saúde acontece parcialmente, no quesito acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, devido à falta de medicamentos, o que não deixa de ser parte da Saúde Pública, pois não deve ser aceito que um paciente que precisa do medicamento ao tempo e à hora necessária, fique a espera da intrincada burocracia que muitas vezes emperra o funcionamento da máquina estatal.

O presente trabalho teve a colaboração dos pacientes e dos profissionais do Hospital Estadual Bauru, os quais comprovam a que infelizmente o acesso aos medicamentos gratuitos, embora seja efetivado em 100% dos entrevistados, faltam esporadicamente, o que não poderia acontecer partindo de um atendimento integral. Portanto, o SUS é um sistema de muita validade, comprometido com seus ideais; contudo, tem a necessidade de uma remodelação de suas políticas públicas em todos os níveis, com uma gestão compartilhada, cujos espaços pessoais são substituídos pelo coletivo, na busca do objetivo maior que é o compromisso com a qualidade de vida e o pleno desenvolvimento dos cidadãos.

Vale ressaltar que as melhorias no Sistema de Saúde somente ocorrerão com a participação efetiva de todos, isto é, usuários e profissionais da saúde de uma forma geral, contribuindo para a construção de uma nova ordem com uma sociedade mais justa e igualitária.

A elaboração deste trabalho constatou-se a necessidade de pontuar algumas sugestões, tais como: que todos os pacientes sejam encaminhados ao assistente social para esclarecimentos quanto a seus direitos e deveres enquanto paciente diabético; que haja uma integração entre os médicos e o SUS para que não sejam receitados medicamentos que não constam na lista de medicamentos excepcionais, facilitando assim o acesso a tais; que os postos de saúde tenham um controle em forma de estatística e/ou planilha documental dos pacientes que retiram medicamentos para que no retorno não haja falta dos mesmos.

A sugestão de uma nova temática para o próximo Trabalho de Conclusão de Curso a ser desenvolvido no Hospital Estadual Bauru por outros pesquisadores poderá ser a de pesquisar os outros direitos garantidos pelo SUS se estão ou não sendo efetivados, como por exemplo o atendimento de qualidade nos órgãos de saúde, tendo em vista a relevância do tema aqui abordado. E, vale ressaltar que a principal dificuldade está em se definir o que cabe e o que não cabe no direito à saúde, positivado no art. 196 da Constituição Federal, ou seja, quais são os contornos jurídicos da integralidade da assistência, além de se definir como deve ser o acesso universal aos serviços de assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS

ABREU, João Batista. **Inscrita**. São Paulo. Assistente Social, trabalhador da saúde. N. V, ano II, p. 35-39, dez, 2003.

ARRETCHE, Marta; RODRIGUES, Vicente (orgs.) **Descentralização das políticas sociais no Brasil**. 1999

BARATA, Luiz Roberto Barradas. Um modelo de Hospital. **Revista do Hospital**. Hospital Estadual Bauru: Assistência de Qualidade à Saúde. Ed. Especial. Bauru, p.7, abr.2006.

BARBOSA, Cláudia Cunha; ANDRADE, Sysila Silveira. **O Sistema Único de Saúde: SUS na visão de alguns assistentes sociais**. Franca, 1995. (Trabalha de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP, Campus de Franca, para obtenção do título de assistente social).

BARROS, Maria Elizabeth.; PIOLA, Sergio Francisco.; VIANNA, Solon Magalhães.

**M. Política de Saúde no Brasil:** Diagnóstico e Perspectivas. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, 1996. 123 p.

BICKHOFF, Elizabeth Aparecida de Souza. **O Assistente Social Gestor:** Relevância e Visibilidade na Área da Saúde. 2005. 84 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Serviço Social de Bauru - Instituição Toledo de Ensino - Bauru, SP, 2005.

BLOZZO, José Oscar (org.) **Trabalho:** crise e alternativas (Curso de verão – anexo IX). São Paulo: CESEP/Paulus, 1995.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasil. 1998.

BRASIL. Legislação Brasileira para o Serviço Social (Org). **CRESS-SP.** São Paulo, 2004. 353 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde no Brasil indicando resultados.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 299 p.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da Reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANOVA, Lia Clélia. **Direito à Saúde.** Bauru: Faculdade de Serviço Social de Bauru. 2004. (Mimeogr)

CARTAXO, Ana Maria Baima. **Estratégias de sobrevivência:** a Previdência e o Serviço

Social. São Paulo: Cortez, 1995.

CARVALHO, Guido Ivan.; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)**. 3. ed. Campinas: SP: Unicamp, 2001. 330 p.

COHN, Amélia; ELIAS, Eduardo. **A Saúde como Direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, Amélia.; ELIAS, Eduardo. **A Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. São Paulo: Cortez, 1996. 117p.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: Serviço Social e Sociedade. n. 62. São Paulo: Cortez, março/2000.

CURCELLI, Emílio Carlos. O que faz a diferença no Hospital Estadual Bauru. **Revista do Hospital**. Hospital Estadual Bauru: Assistência de Qualidade à Saúde. Ed. Especial. Bauru, p.3, abr.2006.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A Saúde do Brasileiro**. São Paulo: Moderna, 1987.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Municipalização dos serviços de saúde**. São Paulo: Brasiliense, 1985. 104 p.

DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1985.

\_\_\_\_\_ et al. **A Saúde como direito e como serviço**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1999. 164 p.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1997.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez,

2001. 207 p.

FOLLIS, Carmem D.; PEREIRA, Celeste Aparecida. **Saúde Pública**: os desafios e avanços da municipalização em Franca, 1998. (trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP, Campus de Franca, para obtenção do título de assistente social).

GERSCHMAN, Silvia; VIANA, Maria Lúcia Werneck (orgs.). **A miragem da Pósmodernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização.** São Paulo: Atlas, 1997.

GIGANTE, Amilcar G. **O que é remédio.** São Paulo: Brasiliense, 1988. 73 p. (Coleção Primeiros Passos, n. 199)

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 2. ed São Paulo: Atlas, 1989. 206 p.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. **SUS: na contra-mão do neoliberalismo e da exclusão social.** Estudos Avançados. Dossiê Saúde Pública, v.13, n.35, p.139-146. 1999.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: 5. ed.** São Paulo: Cortez, 2004. 326 p.

JACOBI, Pedro. **Movimentos Sociais e Políticas Públicas: demandas por saneamento básico e saúde.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

JOVCHELOVITCH, Marlova. **O Processo de Descentralização e Municipalização no Brasil. Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, v.12, n.56, p.34-39, mar. 1998.

KARSCH, Úrsula M. Simon. **O Serviço Social na Era dos Serviços.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

**LEI ORGÂNICA DE SAÚDE.** Lei n. 8 080/90.

LOUZADA, Aline Renatga M. **Participação Popular no Conselho Municipal de Saúde de Franca: real ou legal?** Franca, 1995. (Trabalho de Conclusão de Curso

apresentado à Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP, Campus de Franca, para obtenção do título de assistente social).

LYDA, Massako. **Cem anos de Saúde Pública: a cidadania negada**. São Paulo: UNESP, 1994.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINELLI, Maria Lúcia (org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MINAYO, Maia Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, Maia Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 80 p.

NETTO, José Paulo. **FHC e a Política social: um desastre para as massas trabalhadoras**. In LESPUBIN, Ivo (org.). **O desmonte da nação: balanço do Governo FHC**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p.75-89.

NUNES, Luiz Antonio. et al. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2005.256 p.

OLIVEIRA, Dianir Soares de; OLIVEIRA, Divanir Soares de. **O Serviço Social frente às questões institucionais: um estudo na área de Saúde Pública no município de Mirassol-SP**. Franca, 1999. (trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP, Campus de Franca, para obtenção do título de assistente social).

PASTORINI, Alejandra. Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria concessão conquistada. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.53, p.80-101,1997.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

PIRES, Rita de Cássia. **Municipalização e Participação Local**. Sorocaba, 1992.

RESENDE, Ana Maria Magela de. **Saúde: a dialética do pensar e do fazer**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

REVISTA DO HOSPITAL. **Hospital Estadual Bauru: Assistência de Qualidade à Saúde**. Ed. Especial. Bauru, Hospital Estadual Bauru. Nº1, p.58, abr.2006.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim: um inventário da Saúde Pública**. São Paulo: UNESP, 1993.

RIVERA, Uribe; JAVIER, Francisco (orgs.) **Planejamento e programação em saúde: SAÚDE Pública morre a míngua: o atendimento social do país, no caso da saúde, está abandonado a própria sorte...** **Cadernos do Terceiro Mundo**, Rio de Janeiro, v.24, n.210, p.32-39, 1999.

RODRIGUES, Maria Lúcia. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, Maria Lúcia.; RODRIGUES, M.L.; MUCHAIL, S.T. (Coord.) **O Uno e o Múltiplo nas Relações entre as Áreas do saber**. 2ed. São Paulo: Cortez, 1998.p.152.

\_\_\_\_\_. **Saber Profissional e Poder Institucional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

SCILAR, Moacyr. **Do Mágico ao Social: a trajetória da Saúde Pública**. São Paulo: L&PM, 1987.

SOUZA, Andréia Fernanda de Faria; FERREIRA, Andréia Messias Marques. **Saúde Pública e Cidadania em Franca-SP**. Franca, 1994. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de História, Direito e Serviço Social, UNESP, Campus de Franca, para obtenção do título de assistente social).

SPOSATI, Aldaíza; FALCÃO, Maria do Carmo. **A Assistência Social Brasileira: descentralização e municipalização**. São Paulo: EDC, 1990.

TEIXEIRA, Francisco José Soares. **Neoliberalismo e reestruturação produtiva**. Fortaleza: Cortez, Universidade Estadual do Ceará, 1996.

TEIXEIRA, Sônia Fleury, **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa e educação, o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

UGA, Maria Alícia de. **Descentralização e Democracia: O outro lado da moeda**. Brasília: IPEA, 1991.

VASCONCELOS, Ana Maria Vasconcelos. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A Prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2003. 560 p

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação popular nos Serviços de Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

YASBEK, Maria Carmelita. Globalização, precarização das relações de trabalho e seguridade social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v.12, n.56, p.50-59, mar. 1998.

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos Avançados**. São Paulo, v.13, n.35, p.65-72, 1999.