

**Pontifícia Universidade Católica De Goiás – PUC/GO**

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*

Mestrado em Serviço Social

**AS IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA CIRURGIA DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL  
NAS CONDIÇÕES DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO E CLÍNICA DE  
ORTOPEDIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFG-GOIÂNIA-GO (2013)**

CÉLIA REGINA MARCELINO DA SILVA

GOIÂNIA, 2014

**CÉLIA REGINA MARCELINO DA SILVA**

**AS IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA CIRURGIA DE ARTROPLASTIA DE  
QUADRIL NAS CONDIÇÕES DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO E  
CLÍNICA DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFG GOIÂNIA-GO  
(2013)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Líliliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira

GOIÂNIA, 2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Silva, Célia Regina Marcelino da.

S586i As implicações sociais da cirurgia de artroplastia de quadril nas condições de vida dos usuários do ambulatório e clínica de ortopedia do Hospital das Clínicas/UFG-Goiânia [manuscrito] / Célia Regina Marcelino da Silva. – 2013.

145 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Departamento de Mestrado em Serviço Social, 2013.

“Orientadora: Profa. Dra. Margot Riemann Costa e Silva”.

1. Política Pública - Brasil. 2. Política de saúde – Aspectos sociais. I. Título.

CDU 614:364(043)

**AS IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA CIRURGIA DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL  
NAS CONDIÇÕES DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO E CLÍNICA DE  
ORTOPEDIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFG-GOIÂNIA-GO (2013)**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

Dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social defendida e aprovada em 06 de março de 2014 e avaliada pela banca examinadora:

---

Orientadora: Profa. Dra. Margot Riemann Costa e Silva- Presidente  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

---

Profa. Dra. Carla Agda Gonçalves (membro)  
Titular - Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

---

Profa. Dra. Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira (membro)  
Titular - Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

---

Profa. Dra. Maisa Miralva da Silva (suplente)  
Suplente - Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela oportunidade de estar vivendo nesse plano, com pessoas tão especiais que foram a mim destinadas.

À minha família: José Roberto, amado esposo, companheiro, amigo de jornada há quase 30 anos; meus filhos adorados, Roberto e Fernanda, e dois outros filhos queridos, meus genros Carlos e Danillo. Vocês estiveram sempre presentes comigo, mesmo à distância, me apoiaram, auxiliaram nas minhas limitações, principalmente a tecnológica.

À mamãe Nilda, sempre com uma palavra de incentivo, às irmãs Lilian e Elaine e às amigas de muitas décadas: Celma, Cristiane e Roberta que, às vezes, me cobravam a presença, mas entenderam que era necessário esse momento de recolhimento, sempre me dando forças para seguir em frente.

À filha Fernanda e genro Carlos, por terem me presenteado com a maior alegria que uma pessoa possa ter: meu neto Gustavo, que nasceu no decorrer do mestrado, ano passado; amor inexplicável, paixão imensurável, nova luz em nossas vidas, chama de amor que veio nos unir ainda mais.

À minha orientadora professora doutora Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira, pela orientação, paciência e pela amizade que foi sendo construída nesses dois anos de convivência.

Às professoras doutoras Margot Riemann Costa e Silva e Carla Agda Gonçalves pela disponibilidade de aceitarem participar nas bancas de qualificação e defesa, com suas contribuições e críticas tão necessárias ao trabalho, pelo tratamento tão carinhoso e pelo respeito às diferenças.

A todos os professores do Programa de Mestrado do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás- SER/PUC, que sempre nos acolheram com respeito e carinho e que contribuíram para a construção dessa.

À “Amandinha” que sempre nos atendeu de forma eficiente e muito simpática em todas nossas dúvidas, aos colegas de turma e às que são também colegas de trabalho: Glauce, Cida Brito e, em especial, à querida amiga Laura Leni, sempre presente nos momentos de estudo, dúvidas, tristezas e alegrias. Uma dando força à outra, apoiando, compartilhando, incentivando quando às vezes pensávamos até em desistir...

Um especial agradecimento às colegas de seção do Serviço Social do Hospital das Clínicas, pois, com as nossas ausências, ficaram sobrecarregadas de trabalho. Por sua competência e compromisso que assumiram, foi possível concluirmos nossa jornada.

Aos pacientes que se dispuseram a participar da pesquisa.

Às colegas Teresa Cristina e Lucineide, pelo apoio e incentivo, sempre dando dicas importantes.

À Maria Alves pela cuidadosa revisão.

Por fim, não poderia deixar de prestar uma homenagem, *in memoriam*, da querida professora doutora Maria José de Faria Viana, que deixou uma grande lacuna em nossas vidas. Não só na acadêmica, mas também na pessoal. Sua alegria de viver e otimismo eram contagiantes... Só ficamos conformadas pela certeza de que está num plano melhor e sem sofrimento. Que continue sendo um espírito de luz e que fique bem, em paz e na presença de Deus. Com certeza cumpriu muito bem seu papel aqui na Terra e deixou muitas amizades e saudades.

“Não importa se a estação do ano  
muda...

Se o século vira, se o milênio é outro.

Se a idade aumenta...

Conserva a vontade de viver, não se  
chega a parte alguma sem ela.”

Fernando Pessoa

## RESUMO

A proposta desta dissertação é apreender quais as implicações sociais da cirurgia de artroplastia de quadril nas condições de vida dos usuários atendidos no ambulatório e clínica de ortopedia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás no período de 2011/2012. Nesta dissertação foram analisadas as condições de vida e saúde dos pacientes anteriormente citados, qual a percepção desses em relação aos direitos, saúde, enquanto cidadãos. Percebeu-se como a baixa escolaridade e a falta de participação em organizações ou movimentos sociais interferem na busca pelos direitos desses, levando-os a uma vida comprometida nos aspectos físico e emocional. Buscou-se também analisar, num determinado período da história brasileira, de que forma o Estado atendia e continua atendendo aos interesses do capital em detrimento dos interesses da população, se afastando cada vez mais da sua responsabilidade de implementação das políticas públicas sociais previstas nos arcabouços legais, como a nossa Carta Magna de 1988, que implantou o SUS após décadas de lutas. Analisou-se, ainda, como a falta de conhecimento por parte dos cidadãos dos seus direitos pode propiciar a sedimentação dessa ausência cada vez maior do Estado, tornando as políticas sociais públicas cada vez mais excludentes, contrariando um dos princípios dos SUS, que é a universalidade e acesso aos serviços públicos e favorecendo, assim, o crescimento da saúde privada. Finalmente, abordou como essa privatização vai prejudicar todos os envolvidos no processo, ou seja, os usuários do SUS, os estudantes, os servidores das instituições públicas de saúde e educação, que são, no caso específico, os hospitais universitários.

Palavras chave: direitos, políticas sociais públicas e saúde.



## **ABSTRACT**

The purpose of this dissertation is to understand what are the social implications of arthroplasty surgery on the living conditions of the patients in the ambulatory and clinical orthopedics at the Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás in the period 2011/2012. In this dissertation were analyzed the living conditions and health of patients mentioned above, the perception of those in relation to their health rights, as citizens. It was observed how poor education and lack of participation in organizations or social movements interfere with the search for these rights, leading them to a committed life in the physical and emotional aspects. It was also made an attempt to analyze, in a given period of Brazilian history, how the State met and continues to meet the interests of capital over the interests of the population, increasingly moving away from its responsibility to implement public social policies contained in legal scaffolds, such as our 1988 Constitution, which implemented the SUS after decades of struggles. It was also analyzed how the lack of knowledge by citizens of their rights can enable the consolidation of increasingly greater absence of the Government, making social policies increasingly exclusionary and contradicting of the principles of the SUS, being these the universality and access to public, thus favoring the growth of private health services. Finally, it discussed how this privatization process will hurt everyone involved in the process, ie, SUS users, students, public servants in the health and education institutions, which are, in the specific case, the university hospitals.

Keywords: rights , social policy and public health.

## LISTA DE SIGLAS

- ABRASCO- Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
- AMPASA- Associação Nacional do Ministério Público de Defesa
- CAPS- Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CEBES- Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
- CEPMHA - Comitê de Ética em Pesquisa Médica, Humana e Animal
- CEPSI – Centro Especializado de Psicologia
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direito de Natureza Financeira
- EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- EC – Emenda Constitucional
- FAS- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
- FINSOCIAL – Fundo de Investimento Social
- HC – Hospital das Clínicas
- HGG – Hospital Geral de Goiânia
- IAPM – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
- IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
- IAPTEC – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transporte de Cargas
- IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MP – Medida Provisória

MS – Ministério da Saúde

NUPESC – Núcleo de Estudo e Pesquisa em Estado, Sociedade e Cidadania

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PPSS - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

PUC – Pontifícia Universidade Católica

REDE UNIDA: Associação Brasileira Rede Unida

RSB– Reforma Sanitária Brasileira

SALTE: Saúde, Alimentação, Transporte e Energia

SAMIS - Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde

SEPLAN – Secretaria de Planejamento

SINT-IFESgo – Sindicato dos Trabalhadores Técnico Administrativos em Instituições de Ensino Superior de Goiás

SUAS- Sistema Único de Assistência Social

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFG – Universidade Federal de Goiás

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Localização de Goiânia no Brasil .....	71
Figura 2: Localização de Goiânia em Goiás.....	71
Figura 3: Artroplastia de Quadril.....	110

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Internações/Cirurgias Ortopédicas Eletivas e Urgentes.....	100
Gráfico 2: Faixa Etária.....	102
Gráfico 3: Sexo.....	103
Gráfico 4: Estado Civil.....	104
Gráfico 5: Escolaridade.....	104
Gráfico 6: Renda Individual.....	106
Gráfico 7: Renda do Núcleo Familiar.....	107
Gráfico 8: Moradia Fonte: Pesquisa HC/UFG Mestranda PUC 2012/2013.....	108
Gráfico 9: Necessidade pela cirurgia: Doença ou Acidente.....	109
Gráfico 10 Tempo de espera pela cirurgia.....	111
Gráfico 11: Significado e Comprometimento da espera pela cirurgia.....	113
Gráfico 13: Participação em alguma organização ou movimento social.....	115

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Número de consultas pelo Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana.....	73
Quadro 2: Número de consultas pelo Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana.....	74
Quadro 3: Tipos de estabelecimentos.....	75

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO 1. ALGUNS MARCOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>26</b>
1.1.Enfoque Sócio-histórico da Política de Saúde no Brasil.....	26
1.2.Breve contextualização do SUS.....	49
<b>CAPÍTULO 2. A POLÍTICA DE SAÚDE NA CENA CONTEMPORÂNEA: DESAFIOS PERMANENTES</b> .....	<b>56</b>
2.1.Política de Saúde e o acesso aos serviços públicos de saúde .....	56
2.2.Princípios de acesso, universalidade e equidade .....	62
2.3.Os Hospitais Universitários diante das privatizações: a particularidade do HC/UFG .....	71
2.4.O profissional de Serviço Social num contexto de lutas pela consolidação dos direitos sociais de saúde .....	85
<b>CAPÍTULO 3. O MAPEAMENTO E AS IMPLICAÇÕES SOCIAIS DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO E CLÍNICA DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS – UFG</b> .....	<b>90</b>
3.1. O atendimento da especialidade de ortopedia no Hospital das Clínicas/UFG....	97
3.2. Universo dos pacientes que aguardam e os que já fizeram cirurgia ortopédica de quadril .....	101
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>117</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>126</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>133</b>

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objeto de estudo as implicações sociais da cirurgia de artroplastia de quadril nas condições de vida dos usuários atendidos no ambulatório e clínica de ortopedia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG). O presente trabalho se fundamentou nos conceitos de saúde, direitos sociais e cidadania, correlacionando-os às políticas sociais públicas. Objetivou identificar as condições sócio econômicas e culturais dos pacientes que aguardam e já fizeram a cirurgia na perspectiva de direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988.

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 preconiza que: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988). A saúde, como um direito de todos, é um dos principais pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº. 8.080/1990, como forma de efetivar o que foi positivado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

O Sistema Único de Saúde se sustenta em cinco princípios constitucionais: Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação social. Estes princípios são os eixos condutores deste sistema e, até o presente momento, não se encontram consolidados plenamente devido a diversos fatores, como a falta de vontade dos governantes, que priorizam o mercado financeiro em detrimento das políticas sociais públicas, a inércia da população na luta pela efetivação desses direitos, dentre outros, que dificultam o acesso dessa a um sistema público de qualidade.

No tocante ao princípio da Universalidade, este prevê a oferta e o acesso aos serviços de saúde com ações preventivas e o tratamento de agravos em saúde, sendo um princípio fundamental, uma vez que é um ideal almejado e uma das principais metas a ser alcançada pelo sistema de saúde. Para que o SUS venha a



ser universal é preciso se desencadear um processo de universalização, ou seja, é preciso ocorrer um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venha, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. “Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços” (TEIXEIRA, 2011 p. 3).

Já o princípio da Equidade, preconizado no Sistema Único de Saúde, refere-se a reconhecer que, entre pessoas ou grupo de pessoas, há diferenças que causam desigualdades, sendo necessário, portanto, alcançar a igualdade, tratando desigualmente os desiguais. Desse modo, pela equidade, busca-se a redução das desigualdades, de modo a garantir condições de vida e saúde para os usuários.

A Equidade, na sociedade contemporânea, leva em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Nessa perspectiva, o princípio de equidade constitui um parâmetro de distribuição heterogênea, sendo este o principal objetivo a ser seguido pelos profissionais que atuam na área da saúde, principalmente aqueles que atuam diretamente nos processos de gestão e que tem acesso aos meios de se pensar a equidade em saúde como um processo permanente e em transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados, tendo como parâmetro a Integralidade.

No que se refere à Integralidade, este se destina a combinar ações direcionadas à concretização da saúde como direito e como serviço, assim como preconiza a Carta Magna Brasileira, em seu artigo 196, sendo este um valor a ser sustentado no encontro, no diálogo no qual os profissionais de saúde buscam reconhecer que, além das demandas explicitadas no sistema, existem as necessidades dos cidadãos relacionadas à saúde: “A Integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos” (ESCOREL, 2012).

A Integralidade, como deseja o cidadão, exige certa horizontalização dos programas anteriormente apresentados de maneira vertical, bem como a superação

da fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde, no qual o acesso dos serviços em saúde esteja disponível a todos os usuários do sistema.

A garantia dos princípios, anteriormente mencionados depende, necessariamente, da descentralização da gestão do sistema. Assim, o princípio da Descentralização sugere a transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do Ministério da Saúde para as secretarias de estado e do município. Esta transferência não ocorre apenas nos aspectos financeiros, mas, principalmente, na redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo, no que diz respeito aos processos políticos e administrativos do sistema de saúde em toda a sua abrangência. Esta transferência inclui recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes.

Já o princípio da Participação Social é uma maneira de se garantir a efetividade dos serviços a todos os usuários. Não significa apenas uma participação de pequenos grupos, mas de todos os cidadãos que necessitarem dos serviços públicos de saúde.

Cohn e Elias (1999) afirmam que o debate atual em torno da saúde tem-se centrado nas formas de reorganizar o setor, na repartição das responsabilidades entre os setores público e privado. Enfatizando a melhoria da eficácia dos serviços e a descentralização como os melhores meios para concretizá-la.

Esta reorganização exige um repensar das políticas e práticas desenvolvidas até o momento, pois a realidade das unidades de saúde no Brasil revela a falta de financiamento do setor, a correta destinação dos recursos e o mau gerenciamento dos serviços.

Assim como recomenda Bobbio (2004), o direito à saúde é um dos direitos históricos que emergem gradualmente das lutas que os homens travam por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida.

Sendo assim, o direito à saúde pode ser entendido como resultado da associação entre necessidade e disponibilidade, sendo que, este último, é um desafio a ser alcançado pelo sistema de saúde, frente ao contínuo processo de

privatização, que não somente enfraquece o sistema no sentido de universalizar os serviços, como também o torna mais distante do cidadão.

O processo lento e gradual de privatização, no setor saúde, dificulta, por sua vez, o acesso do cidadão a esses serviços. Esta via por onde a saúde e os diversos órgãos estatais estão caminhando, de certa maneira, produz um retrocesso em tudo àquilo que se discutiu em acesso à saúde até o ano de 1988 quando, juntos, Constituição Federal e Sistema Único de Saúde passaram a defender, não somente a ideia, mas também a necessidade de universalizar estes serviços à população de modo geral.

De acordo com Sicoli e Nascimento (2003, p. 104), é necessário construir um novo paradigma no setor saúde, a fim de que seja possível atender às inúmeras demandas trazidas cotidianamente pelos usuários do SUS.

O novo paradigma representa uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, específica, mas numa perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Assim, de uma postura voltada para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, volta-se para eleger metas para a ação política para a saúde, direcionadas ao coletivo.

Realizar ações voltadas para o coletivo implica pensar num grupo e não em um ser apenas, devendo este ser a direção a ser seguida pelo Sistema Único de Saúde. A participação plena dos cidadãos aos serviços públicos de saúde depende, fundamentalmente, de sua operacionalização, sendo este um desafio frente às questões que colocam, ao mesmo tempo, as necessidades dos usuários com a efetivação de políticas públicas de saúde.

Ainda de acordo com Sicoli e Nascimento (2003, p. 119) :

As dificuldades para identificar a operacionalização do empoderamento e da intersetorialidade está ligada à maior dificuldade de colocar tais princípios em prática [...] As ações multiestratégicas parecem remeter mais a um princípio operativo e acabam sendo “naturalmente” contempladas quando a proposta é trabalhar com problemas e determinantes de ordem geral. Mais do que um princípio orientador da prática, a concepção holística nos parece o pressuposto inicial de qualquer ação voltada à nova promoção para distinguir experiências voltadas à promoção daquelas com enfoque curativo-preventivo.

A consciência de experiências voltadas à nova promoção de saúde, distinguindo-a do enfoque curativo-preventivo precisa ser na atual sociedade, o norte que deve ser seguido em todos os setores do SUS, ou seja, não se trata de realizar um atendimento mediante uma necessidade que surge numa determinada unidade de saúde, mas implica cuidar do paciente numa perspectiva dialógica no qual ele seja entendido como ser dotado de particularidades que devem ser tratadas como tal.

Desse modo, a presente dissertação pretende investigar as implicações sociais da cirurgia de artroplastia nas condições de vida dos usuários atendidos no ambulatório e clínica de ortopedia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

A escolha desta pesquisa tem a ver com a minha atuação profissional no ambulatório e clínica de ortopedia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás num período de oito anos.

Durante este tempo foi possível apreender as dificuldades de acesso, a demora pelo procedimento, a falta de conhecimento dos usuários dos seus direitos enquanto cidadãos, às políticas sociais públicas, o que nos instigou à pesquisa.

Espera-se que este trabalho possa, inicialmente, contribuir para subsidiar ações junto às esferas públicas, como por exemplo: implementar, nas frentes de trabalho do assistente social no HC, palestras educativas, disponibilizar cartilhas, folders e panfletos com informativos sobre seus direitos e, principalmente, convidá-los a participar do Conselho Local de Saúde. Este é um importante espaço democrático na busca de melhorias para os usuários desta unidade de saúde, tornando possível aprimorar o atendimento a este segmento levando-os a uma melhora significativa em sua condição de vida e trabalho.

Para nortear a pesquisa propôs-se, como objetivo geral, compreender o acesso à política de saúde dos pacientes que esperam e os que já fizeram a cirurgia de artroplastia de quadril. E como objetivos específicos: a) descrever o percurso histórico e econômico dos pacientes a partir de sua formação, para compreender sua interlocução com as políticas públicas; b) analisar as condições

socioeconômicas e culturais dos pacientes que aguardam pela cirurgia e os que já fizeram, na perspectiva dos direitos sociais assegurados pela Constituição Brasileira de 1988; e c) oferecer subsídios, para que os gestores públicos possam compreender a importância de assegurar e ampliar o acesso às políticas públicas aos pacientes que estão em situação de vulnerabilidade social, no caso específico, os que estão em fila de espera pela cirurgia de quadril e os que já fizeram.

Ao estudar a política de saúde no Brasil, num determinado período histórico, foi possível perceber que no intuito de preservação do capitalismo, em detrimento dos direitos sociais, o Estado vem descumprindo os preceitos legais estabelecidos na Constituição Federal, trazendo como consequências, políticas públicas cada vez mais excludentes.

Assim, ao problematizar o objeto, o estudo se colocou diante do seguinte questionamento: A falta de políticas sociais públicas, universalizantes, efetivas, podem constituir agravo no afastamento do trabalho para os pacientes que aguardam por cirurgia de quadril?

A partir do exposto, foram consideradas, como questões norteadoras para o desenvolvimento e análise do trabalho, as seguintes hipóteses: A falta de políticas públicas sociais universalizantes, efetivas, podem constituir agravo no afastamento do trabalho para os pacientes que aguardam por cirurgia de quadril.

As precárias condições socioeconômicas e de saúde dos pacientes, interferem no cotidiano desses, levando ao comprometimento físico, interferência nas relações pessoais, emocionais e sociais.

A falta de implementação de recursos financeiros, por parte do governo, para ampliar a construção de hospitais públicos, pode ser considerado agravo no aumento da fila de espera por cirurgia de quadril.

Para conhecer a problemática social dos pacientes que aguardam por cirurgia de quadril e os que já fizeram, optou-se por realizar um estudo de caso qualitativo. A pesquisa qualitativa “considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a

subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números” (SILVA; MENEZES, 2001 p. 20).

O foco dessa pesquisa é a compreensão do caso (uma pessoa, um grupo, uma comunidade), que pode ser simples ou complexo, individual ou coletivo, pois constitui uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada (STAKE, 2000).

Para compreender as implicações sociais da cirurgia de quadril dos usuários do Hospital das Clínicas, buscou-se aporte teórico e metodológico para fundamentar a análise dos dados empíricos, por meio de entrevistas com roteiros semiestruturados.

Buscou-se, também, apreender, num determinado período da história, as leis que foram criadas e que deveriam garantir o que preconiza o artigo 196 da Constituição Federal, que, dentre outros, assegura a saúde como direito e dever do Estado. Direitos que foram constituídos com muitas lutas ao longo de um processo histórico, pela sociedade civil organizada.

No contexto de discussões também foi abordado que uma das maiores ameaças, tanto aos profissionais que atuam nos hospitais universitários, como também à população usuária, é a privatização a partir da implementação do sistema pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Embora as entidades governamentais enfatizem que a EBSERH é uma empresa pública de direito privado e que tal processo não implica na privatização dos hospitais universitários, os movimentos sociais e de saúde tem defendido que ela possui as características de privatização das políticas públicas e, como acréscimo, ela flexibiliza os direitos dos trabalhadores do serviço público. Bravo (2012) evidencia que a lei que criou esta empresa, não somente permite a transferência da execução das políticas sociais às instituições de direito privado, como também a execução de contratos de gestão sem o devido controle social. Desse modo, a EBSERH confirma a existência de um projeto neoliberal em curso no Brasil.

Segundo Bravo (2012), serão muitos os reflexos negativos sobre o sistema público de saúde com a implantação da EBSEH. O primeiro deles, conforme a autora, é em relação à prioridade dos atendimentos aos usuários de planos de saúde, quando deveria ser o contrário. Outro ponto levantado pela autora é em relação à rotatividade de pessoal, já que na perspectiva da EBSEH, os contratos devem ser no máximo de cinco anos. Tal rotatividade incide, inevitavelmente, na qualidade do atendimento e nas condições de trabalho.

Como tem ocorrido em outras unidades de saúde, o modelo de gestão empresarial específico da EBSEH acaba selecionando algumas patologias, e aqueles pacientes com doença crônica e que requer tratamento contínuo, acabam ficando sem esse atendimento. É do entendimento de Bravo (2012) que a assistência deve ser integral, uma vez que o paciente não necessita apenas da cura, mas de uma assistência multi-profissional.

Ao garantir acesso, universalidade entre outros direitos ao cidadão, tanto a Constituição de 1988, quanto a Lei nº. 8.080/1990 esperam que estes sejam, de fato, garantidos. Porém, o processo neoliberal instalado no interior de alguns hospitais, como o da Universidade Federal do Piauí que aderiu a esta proposta, sinaliza a possibilidade de que os direitos previstos nestas leis possivelmente não serão alcançados pela sociedade e, pelo que se tem visto os hospitais universitários de todo o país tendem a seguir o mesmo modelo.

Campos (1997), ao tratar da questão de privatização do modelo de saúde, entende que o interesse de todos os serviços integrados ao SUS deve ser atender a população conforme suas necessidades. Segundo ele, seria deixada ao setor privado a alternativa de funcionamento segundo as leis de mercado, desde que não mantivessem nenhum vínculo com o SUS.

Ainda de acordo com Campos (1997, p. 176)

De imediato, uma vez concretizada a transferência de parte do poder político de controle sobre a rede hospitalar, estariam criadas as condições para o processo de reordenamento das estruturas da rede hospitalar do SUS, reformando-se também os hospitais públicos, que, reproduzem a lógica neoliberal.

É nessa perspectiva que os assistentes sociais e demais profissionais do HC/UFG têm atuado na incessante busca dos direitos dos usuários do SUS, já que a privatização implicará na perda de direitos alcançados ao longo dos anos.

Nesse sentido, a presente dissertação traz uma retomada histórica destes direitos garantidos na Constituição Federal e debruça-se sobre a realidade do Hospital das Clínicas UFG, com atenção especial aos pacientes que já se submeteram à cirurgia de ortopédica de quadril e aqueles que ainda estão aguardando por ela.

O estudo está dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, denominado: “Alguns marcos da política pública de saúde no Brasil”, apresenta uma breve contextualização da política de saúde num enfoque sócio-histórico, iniciada na década de 1930 e consolidada ao longo dos anos seguintes.

O histórico da política de saúde no Brasil permitiu verificar marcos importantes que nortearam a reformulação e promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde e a Lei nº. 8.080/1990, que versa sobre o funcionamento do SUS e sua implementação, cujo principal objetivo é garantir acesso aos serviços por meio da universalização dos mesmos, sendo este um dos maiores desafios a ser enfrentado pelo SUS diante da disparidade entre oferta e demanda.

O segundo capítulo, intitulado: “A política de saúde na cena contemporânea, desafios permanentes”, trata da política de saúde na cena contemporânea, a qual demonstra os desafios permanentes a serem enfrentados pelos profissionais de saúde. Para tanto, ressalta a política de Saúde e o acesso aos serviços públicos de saúde sustentados na proposta do SUS, cujos eixos norteadores são acesso, universalidade e equidade. Tais princípios, desde sua criação, têm sido alvo de debates em busca de uma saída para a efetivação dos serviços nesta área, sendo também discutidos nas Conferências Nacionais de Saúde, em que são traçadas metas e objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios diante das demandas existentes.



Neste capítulo também é discutido a posição dos Hospitais Universitários diante das privatizações, com ênfase na proposta de implantação da EBSERH, cujos desafios são muitos frente às mudanças que ocorrerão em todos os níveis, devido aos pressupostos existentes nos processos de gestão deste sistema, no qual os maiores prejudicados serão os usuários que necessitam dos serviços.

Ainda ressalta o papel do profissional de Serviço Social num contexto de lutas pela consolidação dos direitos sociais de saúde dentro do Hospital das Clínicas da UFG, com maior destaque para as cirurgias ortopédicas em que se procura garantir o direito dos usuários em receber o tratamento adequado para esta doença.

O terceiro capítulo, denominado “O mapeamento e as implicações sociais dos pacientes atendidos no ambulatório e clínica de ortopedia do HC/UFG”, descreveu o atendimento da especialidade de ortopedia neste Hospital. Inicialmente contextualizou-se o papel do assistente social nesse processo, numa perspectiva dialógica, no qual o paciente é visto como um ser dotado de necessidades que estão para além do processo da doença. Em seguida, apresentam-se os resultados de uma pesquisa qualitativa realizada com um universo dos pacientes que aguardam pela cirurgia ortopédica de quadril e outros que fizeram a cirurgia ortopédica de quadril.

Os resultados apresentados na pesquisa revelam as perspectivas que estes pacientes têm do atendimento ofertado pelo HC/UFG na área de ortopedia no tocante à cirurgia ortopédica de quadril, pois, essa comprovou que muitos deles acabam se afastando das atividades laborais devido ao processo doloroso desencadeado pela doença.

Nesse sentido, conquistar o direito à cirurgia, implica para estes pacientes não somente a redução e/ou eliminação da dor propiciada pela cirurgia de artroplastia de quadril, mas, significa um recomeço e a melhoria nas condições de vida destes usuários.

## **CAPÍTULO 1. ALGUNS MARCOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL**

A política de saúde pública no Brasil foi marcada por um contexto histórico-social que priorizava, principalmente, os setores da economia em detrimento à saúde. Embora a necessidade de se pensar em questões da saúde seja antiga, no Brasil esta preocupação somente começa a se delinear a partir da década de 1930.

No presente capítulo apresentam-se alguns marcos históricos da construção da política pública de saúde no Brasil, o qual aponta os avanços e retrocessos ocorridos no período em comento.

### **1.1. Enfoque Sócio-histórico da Política de Saúde no Brasil**

No período de 1897 até 1930, os temas decorrentes à saúde, como funções públicas, eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores do Brasil, especificamente na Diretoria Geral de Saúde Pública.

Também se destaca, na década de 1920, o caráter assistencialista e não universalizante do seguro social, que prevalece até os dias atuais, na medida em que elege como população-alvo os grupos de assalariados dos setores de maior peso econômico e politicamente mais mobilizado (ELIAS e COHN, 1999).

Deve ser ressaltado que a herança trazida pelas políticas de saúde, desde o período citado, traz em seu bojo a criação de projetos, decretos e leis. Uma delas decorre no Modelo Sanitarista Campanhista, criada para a proteção dos campos e portos para a garantia da exportação de seu principal produto, que era o café (ELIAS e COHN, 1999).

O modelo sanitário campanhista foi apresentado por meio da Reforma Sanitária de Oswaldo Cruz, a qual pode ser percebida ainda nos dias de hoje por meio do controle de endemias. Destaca-se que os métodos de administração de doenças, apresentados por esse modelo, não apresentaram resultados satisfatórios e em 1904 ocasionou uma rebelião popular. (CAMPOS, 1997).

Ainda na década de 1920 esta política, de acordo com Cohn *et. al* (1999), possuía um caráter autoritário e militarista, cujas ações se davam na fiscalização dos portos, no poder de polícia dado aos agentes de saúde que, na maioria das vezes, usava da força para intervir no processo saúde-doença da população e, também, pelas campanhas de vacinação em massa desenvolvidas por Oswaldo Cruz.<sup>1</sup>

As campanhas adotadas por ele, que eram também de cunho autoritário, motivou o movimento conhecido como “Revolta da Vacina” em 1904, marcada pelo confronto entre populares que não queriam tomar a vacina e os agentes com poder de polícia que usavam da força para vacinar a população. O Sanitarismo Campanhista prevaleceu até a década de 1940.

De acordo com Lima (2012), os eventos, como a epidemia mundial da gripe espanhola, em 1918, revelavam que apenas as campanhas de vacinação não seriam suficientes para resolver o problema de epidemias de maneira igual em todo o país. Desse modo, o saneamento passou a ser visto, não apenas como uma estratégia de Saúde Pública, mas como uma verdadeira causa. Com o Código Sanitário de 1918 e com a Reforma de 1925, a Saúde Pública, no Brasil, aderiu à ideia da Política Sanitária, que buscava mais ao aumento de poder do que à melhoria de condições de vida da população.

Em 1923, o deputado Federal Elói Chaves apresentou o Decreto 4.682 que, posteriormente, se transformou em lei com o seu nome. Com a criação desta lei e das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), visualiza-se timidamente a

---

<sup>1</sup>Oswaldo Cruz (1872-1917) foi médico sanitário, bacteriologista e epidemiologista brasileiro. Com 19 anos, publicou dois trabalhos sobre microbiologia. Depois de formado trabalhou no Laboratório de bacteriologia da Cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina. Foi para Paris e ingressou no Instituto Pasteur. Depois de três anos volta ao Brasil e é encarregado de combater o surto de peste bubônica que assolava o porto de Santos. Foi indicado para Diretor Técnico e depois Diretor geral do Instituto que recebeu o nome de Instituto Oswaldo Cruz. Debelou a peste bubônica, a varíola e a febre amarela que assolavam o país.

intervenção do Estado, já que eram financiadas pela união, empregadores e empregados, onde o presidente das mesmas era indicado pelo Presidente da República Artur Bernardes (1922-1926), sendo considerado o início do sistema previdenciário brasileiro.

De acordo com Médici (1994), a assistência à saúde ofertada pelo Estado até a década de 1930, estava restrita às ações de saneamento e combate às endemias. Nesta perspectiva, em 1923 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo esta a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado.

De acordo com Elias e Cohn (1999):

Registre-se, tão somente que o seguro de acidentes do trabalho já havia sido instituído em 1919. As CAPs organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes. (p.14)

De modo geral, a definição de traços que marcam o Sistema Previdenciário Brasileiro, desde a década de 1920, está pautada por alguns aspectos controladores como, por exemplo, a instituição por iniciativa do Estado, da implementação de um seguro social, com caráter altamente controlador dos segmentos de trabalhadores, dos setores essenciais da economia brasileira.

Outro aspecto a destacar é a forma tripartite de financiamento formado por empregadores/trabalhadores/Estado, sendo que, este último, arrecada recursos para tal fim a partir da criação de novos impostos. Ressalta-se, ainda, o acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica na condição de filiado ao seguro social.

Elias e Cohn (1999), analisando esse aspecto, citam que:

No caso das CAPs, organizadas por empresas e, portanto, contando com um volume de recursos insuficientes para a construção de uma infra estrutura de serviços médicos, estes passam a ser por ela ofertados a partir da compra de serviços privados, sob a forma de credenciamento médico (p.15).

Em 1930, com o governo do Presidente Getulio Vargas (1930 – 1945) inicia-se a intervenção do Estado no campo da saúde. Este governo foi considerado muito relevante para a história econômica do país, visto que consolidou o processo

de substituição de importações de produtos manufaturados pelos da indústria nacional. Vargas deu início à segunda fase da constituição do capitalismo brasileiro, a da industrialização restringida, iniciada por volta de 1933 até 1955 (SANTOS, 2012).

Esse mesmo autor evidencia, ainda, que: “Getúlio contribui decisivamente com a centralização salientando que o populismo começaria a se formar com as medidas de legislação social e do trabalhador” (p74).

A partir desta perspectiva ele inicia, efetivamente, em 1930, a intervenção do Estado na assistência à saúde dos trabalhadores, diferentemente dos países centrais europeus como Alemanha, França e Inglaterra, que se deu por consequência da industrialização. Neste sentido, o Estado se coloca como mantenedor da ordem social capitalista e mediador das relações entre as classes sociais (BRAVO, 2000).

Nesse sentido, em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública MESP por meio do Decreto n. 19.402, de 14 de novembro daquele ano, o qual se constituiu em uma das primeiras medidas do Governo Provisório, permitindo que o Estado nacional e capitalista pudesse atuar de maneira mais objetiva em relação aos problemas educacionais. Além disso, cabia a esse Ministério resolver questões referentes à saúde, esporte, educação e meio ambiente. Até o momento de sua criação, os assuntos ligados à educação eram tratados pelo Departamento Nacional do Ensino, pertencente ao Ministério da Justiça.

Santos (2012) ressalta que, ao se colocar como mediador das relações entre as classes sociais, o governo orienta as respostas estatais para a questão social.

Na Constituição de 1934 o Estado tanto preservaria os direitos sociais quanto regularia os contratos de trabalho (com carteira de trabalho), as profissões e os sindicatos, juntamente com o “controle ideológico” do governo sobre os sindicatos, como corporativismo sindical. As ações posteriores na área de previdência social modificaram alguns aspectos na prestação dos benefícios, segundo a contribuição das categorias profissionais já existentes na estrutura das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) (SANTOS, 2012, p. 75).

Com a crescente expansão das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que passou a englobar diversas categorias profissionais, o Estado, em um momento de grave crise econômica mundial, se vê com a necessidade iminente de expansão do capital interno, buscando a unificação destas, que se transformaram em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)<sup>2</sup>. Estes, como entidades públicas autárquicas, passam a ser de caráter legal, em âmbito nacional, com a presença direta do Estado em sua administração (COHN, 1999).

O modelo inicial da assistência médica era individual e baseava-se nos vínculos empregatícios, em que somente os trabalhadores que possuíam carteira assinada e, com isso contribuía para a Previdência, tinham direitos aos benefícios.

Ainda nesta década de 1930, destaca Bravo (2000):

A conjuntura [...] com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação (p.91).

O primeiro governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-1945) foi considerado bastante representativo para a história econômica do país, pois consolidou o processo de substituição de importações de produtos manufaturados, vindos da Europa, pelos da indústria nacional.

Esse processo deu início à segunda fase da consolidação do capitalismo brasileiro, conhecido como “industrialização restringida” (CONH, 1999 p. 34). Contribuíram para isso uma série de fatores ligados à crise capitalista mundial, iniciada em 1929 prolongando-se até a Segunda Guerra Mundial, quando houve uma política nacionalista deliberada responsável pelo desenvolvimento de setores

---

<sup>2</sup> Foram criados o IAPM (dos marítimos) em 1933, o IAPC (dos comerciários) e o IAPB (dos bancários) em 1934, o IAPI (dos industriários) em 1936 e o IAPTEC (dos trabalhadores em transportes e cargas) em 1938 (Cohn, 1999).

importantes da indústria de base. Esta acabou sendo financiada por meio de empréstimos externos, que apareciam como a única alternativa para levantar as imensas somas de capital necessárias à aquisição de uma tecnologia monopolista de modelo internacional (COHN, 1999).

De acordo com Santos (2012), a política industrialista do governo do Presidente Getúlio Vargas não veio, entretanto, romper de maneira súbita com os interesses da burguesia agrária, uma vez que a política de valorização do café continuou sendo implementada até o ano de 1944. Tal política, embora tenha sido um meio de proteção voltado para a burguesia agrária exportadora, se refletiu sobre os demais setores da economia numa perspectiva desenvolvimentista.

A manutenção de uma política cambial, que se estendeu até 1953, associada à valorização do café foi um dos fatores que mais contribuíram ao crescimento da indústria de bens de capital e a política de substituição de importações.

Santos (2012) afirma que:

Do ponto de vista político, a centralização do poder é a grande marca de Getúlio, que implementava um “governo forte” e inaugura um discurso nacionalista, tendo em vista transferir para si as bases de poder arraigadas nos regionalismos de que São Paulo é o exemplo mais típico. A centralização já dá mostras, a partir do governo provisório (1930-1934) e se acentua ainda mais com seu segundo golpe em 1937, mais conhecido como “Estado Novo” a pretexto da manutenção da “segurança nacional” que estaria ameaçada pelo levante comunista de 1935 (p.73).<sup>3</sup>

Nota-se que os efeitos negativos deixados por esta política, marcada por ações voltadas aos interesses da classe dominante na manutenção do *status quo*, se refletiram na assistência à saúde, já que, até então, não se tinha um modelo esboçado para as necessidades da população carente.

Portanto, dentre os anos de 1930 e 1940, as principais ações adotadas para a saúde pública foram a ênfase nas campanhas sanitárias, coordenações de serviços estaduais de saúde nos estados com pouco poder econômico, interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, criação de serviços de combate a endemias tais como: Serviço Nacional de Febre Amarela (1937); Serviço

---

<sup>3</sup> Grifo do autor.

de Malária do Nordeste (1939); Serviço de Malária da Baixada Fluminense (1940); todos, segundo Bravo (2008) financiados pela Fundação Rockefeller (BRAVO, 2008).

Já na década de 1940, o Estado preconizava dar apoio ao modelo econômico agroexportador para garantir condições de saúde aos trabalhadores empregados na produção e exportação. O intuito das campanhas era combater as endemias como a peste, a cólera, a varíola, e outras. Paulatinamente, o Estado vai ampliando sua intervenção na saúde e, após a Segunda Guerra Mundial, passa a exercer obrigações financeiras referentes à saúde da população (MÉDICI, 1994).

Em 1946 tem início o governo do General Eurico Gaspar Dutra, eleito por voto direto. Conforme Santos (2012), esse foi um período bastante heterogêneo, no qual ocorreram fatos marcantes para a história nacional, tanto do ponto de vista político, quanto econômico e das lutas sociais.

Draibe, *apud* Santos (2012), ao analisar o período da Assembleia Constituinte de 1945/46, ressalta que:

Dois aspectos foram travados: o do planejamento econômico e do controle do Executivo pelo Legislativo. Ambos remetem ao controle social e político do Estado, cujas hipertrofias, herdadas dos anos anteriores, estavam na base dos diagnósticos e propostas de incorporação permanentes das classes dominantes em disputa pela hegemonia de seus interesses na direção da privatização do Estado (p.77)

O período, que iniciou com o governo do Presidente General Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), criou as condições para o processo de redemocratização do país. Nesse período, foi promulgada a Constituição de 1946, que procurou restituir à sociedade civil sua iniciativa e aos cidadãos alguns direitos essenciais divididos em: **civis** (direito de igualdade, à liberdade, segurança individual e da propriedade, ***habeas corpus***, mandado de segurança, liberdade de pensamento e de crença e proibição da pena de morte); **políticos** (direito ao voto aos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com exceção dos analfabetos, voto secreto, liberdade de associação e direito à reuniões); **sociais** (direito ao trabalho, ao uso da propriedade condicionado ao bem estar social, salário mínimo para satisfazer as necessidades dos trabalhadores, proibição e salário desigual para o mesmo trabalho, de descanso, de higiene no trabalho, entre outros) (COUTO, 2006).



Segundo Couto (2006), a grande novidade dessa Constituição é que ela aboliu os instrumentos que cerceavam as liberdades dos cidadãos, garantindo-se, no campo dos direitos sociais, a liberdade de associação sindical e, ainda, o de greve. Ressalta-se que a Constituição de 1946 manteve a prioridade de regulação para a área dos direitos trabalhistas, recolocando os direitos que já estavam garantidos anteriormente e, ao mesmo tempo, implantando outros, a exemplo da Previdência Social e o direito à greve.

A referida Constituição, ao instituir um amplo conjunto de direitos sociais, trouxe, ao mesmo tempo, a possibilidade de se estabelecer equidade em diferentes campos, como o do trabalho, visto que o principal foco nessa área é justamente a proteção do trabalhador de ambos os sexos.

Mais exatamente entre os anos de 1956 e 1961, completou-se a constituição do capitalismo no país, alcançando a sua terceira fase, conhecida como industrialização pesada<sup>4</sup>. Em relação às políticas sociais, esse período, conforme Santos (2012), foi inexpressivo, sendo “pobres” as respostas do poder público diante do quadro de intensas mobilizações rurais e urbanas em prol de melhorias sociais.

Apesar disso, em 1948, o Presidente General Eurico Gaspar Dutra (1946-1951) apresentou o Plano SALTE, o qual incluía: Saúde, Alimentação, Transporte e Energia. Segundo Cohn (1999), o Plano SALTE foi apresentado ao Congresso via mensagem presidencial, tendo sido aprovado em 1950. No contexto do planejamento federal de teor plurisetorial, esta foi a única proposta que recebeu exame e aprovação prévia do parlamento. Tal ênfase à saúde no plano SALTE<sup>5</sup> (mesmo que só no discurso) está sustentado na emergência do conceito de saúde

---

<sup>4</sup> No governo de Juscelino Kubitschek, criou-se um Plano de Metas que dedicou mais de 2/3 de seus recursos para estimular o setor de energia e transporte. O objetivo deste era acelerar o processo de acumulação aumentando a produtividade dos investimentos existentes e aplicando novos investimentos em atividades Produtoras.

<sup>5</sup> Na área da saúde o Plano Salte visava abranger a Campanha Nacional de Saúde, elevando o nível sanitário da população, principalmente aqueles que residiram na zona rural. No setor de transportes, o plano visava criar um programa sustentado nos planos ferroviários e rodoviários já existentes, contemplando ainda o reaparelhamento dos portos, assim como, a melhoria das condições de navegabilidade dos rios, o aparelhamento da frota marítima e a construção de oleodutos. Já no campo da energia, a maioria das iniciativas visava a exploração da energia elétrica financiada pelo capital privado, inclusive estrangeiro, reservando-se o governo uma posição reflexa de amparo e de estímulo às empresas concessionárias.

pela OMS (1948)<sup>6</sup>, sobretudo diante de um governo desenvolvimentista que se apropria dos modelos externos. Isso porque o referido Plano fez com que o presidente Gaspar Dutra priorizasse a saúde, mas não realizou revisão nesse setor a fim de verificar avanços e retrocessos.

Em 1953, com influência desse Plano, foi criado o Ministério da Saúde (MS), que passou a se dedicar às atividades de caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária. Nesta época, cresceu a assistência médica que se desenvolveu no âmbito das instituições previdenciárias. Já era possível perceber a necessidade de garantir a manutenção e reprodução da força de trabalho, cada vez mais urbana e fabril – ciclo iniciado em 1930. Sendo esse desenvolvimento da assistência médica, no seio das instituições previdenciárias, caracterizado por Cordoni Júnior (1979), como: “instrumento para amenizar tensões sociais e controlar a força de trabalho” (p. 20).

De acordo com Cohn e Elias (1999), com o ritmo acelerado da industrialização durante a década de 1950 todo o sistema previdenciário cresce em volume de recursos, em aparato institucional e em clientela a ser atendida. Decorrendo, em 1960, na Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que propõe a uniformização dos benefícios prestados pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), quando também passam a ser assumidas como partes integrantes da Previdência Social, que assumem a responsabilidade pela assistência médica individual de seus beneficiários.

A LOPS é promulgada sob forte pressão dos trabalhadores, que passavam a exigir eficiência do sistema previdenciário, coisa impossível, dados seu perfil organizacional de um ciclo, destacando-se dentre suas cicatrizes profundas enquanto seguro social, a reafirmação da reduzida participação dos trabalhadores na gerência e controle das CAPs. Cristaliza-se assim o vínculo fundamental da Previdência Social com o processo de acumulação: a partir dos anos 60 ela perde gradualmente importância como fonte de recursos mais ao controle da capacidade produtiva da força de trabalho empregada, tomando vulto no seu interior a assistência médica, demanda à época não prioritária das classes assalariadas (COHN e ELIAS, 1999, p. 21).

---

<sup>6</sup> A Organização Mundial de Saúde(OMS) propõe, em sua Carta Magna de 07 de Abril de 1948, um conceito de saúde subjetivo e idealizado: “Saúde é um estado de completo bem estar, físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”.

O golpe militar de 1964 excluiu os trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do contexto político oficial, condenando-os à condição de resistência à força do Estado, implementando um projeto que se revelou inviável no período da democracia populista, que era a unificação da Previdência Social. Dois anos mais tarde, no ano de 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Ainda de acordo com Cohn e Elias (1999), a partir deste período aprofundou-se o perfil assistencialista da Previdência Social no Brasil, ficando imune qualquer forma de controle por parte das classes assalariadas, assumindo gradativamente, maior presença pública, sendo os benefícios não mais sob forma de prestação em dinheiro, mas de assistência médica.

Assim, os serviços médicos passaram a ganhar importância na barganha clientelista da política de favores, e não mais as aposentadorias e pensões que priorizavam todo um segmento de assalariados que, do ponto de vista da capacidade produtiva, foram sucateadas pelo próprio sistema.

Já no final desta década de 1960, momento em que a política de saúde seguiu o modelo médico assistencial privatista, a conjuntura política e econômica era desfavorável, ocasionada pelo fim do “milagre econômico brasileiro” (1968 – 1973) e também pela crescente crise socioeconômica, colocando em dúvida o modelo em saúde pública existente na época, que atendia apenas as necessidades da classe dominante em detrimento da maioria da população.

Sendo que, no final da década de 1970, esse modelo entra em crise devido à prática médica dominante, que se pautava em procedimentos curativos e reabilitadores incapazes de modificar as taxas de morbimortalidade (PEREIRA, *apud* MENDES, 1995), caracterizando, ainda de acordo com o autor, o “milagre econômico brasileiro”, entendido em função das extraordinárias taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), verificadas de 11,1% ao ano. Uma característica notável do milagre é que o rápido crescimento veio acompanhado de inflação declinante e relativamente baixa para os padrões brasileiros, além de superávit no balanço de pagamentos (VELOSO; VILLELA & GIAMBIAGI, 2008).

Em contrapartida, o Ministério da Saúde concentrara suas ações junto às campanhas, reforçando a dualidade entre a assistência médica curativa privada e a saúde pública. O financiamento do Ministério da Saúde, além de concentrar nas campanhas, repassara a construção de prédios públicos. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, até então, não apresentava uma proposta voltada para ações/necessidades específicas da população, uma vez que o foco era em campanhas.

De acordo com Cohn e Elias (1999), em 1970 foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e, na década de 1980, o Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL). Para os autores, acima citados, a distribuição desses recursos, sendo de competência exclusiva do Executivo, compunha um quadro confuso de sua destinação, reforçado pela superposição de programas e clientelas na área social.

Por outro lado, esses programas tornaram-se extremamente vulneráveis à busca de contenções de seu orçamento, em face da ausência de qualquer mecanismo de controle público. Um exemplo citado pelos autores Veloso, Villela & Giambiagi, (2008) foi a destinação de 6% do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) ao Ministério da Previdência Social (MPAS), enquanto outros 44,7% foram utilizados pela Secretaria de Planejamento (SEPLAN) sem, contudo, apresentar qualquer identificação dos programas contemplados. Assim, tais investimentos se refletiram de maneira tímida no setor saúde.

Nos anos 1980, a saúde apresenta novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para esta área, ampliando o debate que permeou a sociedade civil. A saúde ganha dimensão política ao deixar de ser apenas interesse dos técnicos, envolvendo outros atores como: os profissionais da área, que defendiam questões como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, representado pelo Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES); os partidos políticos de oposição, que iniciaram debates sobre a temática, viabilizando discussões no Congresso sobre a política do setor; e os movimentos sociais

urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2000).

Há de se lembrar que o final da década de 1980 foi fortemente marcada, em todo mundo, por privatizações, desemprego estrutural e pouca participação das classes economicamente menos favorecidas, nos países periféricos. A crise dos países desenvolvidos, principalmente os países europeus e Estados Unidos da América (EUA), também atingiu a América do Sul e, no caso do Brasil:

(...) o ajuste tornou-se particularmente dramático nos últimos anos, tanto do ponto de vista econômico quanto do social. Pelo aspecto econômico, apesar de ter sido na década de 1980, o país sul-americano a oferecer maior resistência às políticas de desregulamentação financeira e abertura comercial irrestrita, todos os impactos das políticas de ajuste implementadas nos anos 90 estão sobrepondo com grande intensidade e num tempo muito curto. Já no aspecto social, o país foi pego a meio caminho, na sua tentativa tardia de montagem de um Estado de Bem-Estar Social. Dada a sua massa gigantesca de pobreza estrutural, praticamente excluída dos benefícios do desenvolvimento passado, o país é atingido pelos dois lados, o desenvolvido e o subdesenvolvido (SOARES, *apud* PEREIRA, et al, 2000, p. 34).

Portanto, na década de 1980, o Estado pautou-se por uma constante busca de soluções e reconfigurações da política de saúde, buscando criar políticas cujas reivindicações tinham seu nascedouro na década anterior surgidas do clamor das classes populares. Esta busca culminou em dois projetos sanitários: um projeto hegemônico, ligado ao mercado, com defesa dos interesses do projeto neoliberal e conservador, com proposta de reciclagem do modelo assistencial privatista, outro projeto contra- hegemônico, que defendia a proposta de Reforma Sanitária, visando uma atuação do Estado voltado para os interesses da sociedade, numa concepção de Estado democrático e de direito, comprometido com as políticas sociais, dentre elas a saúde (BRAVO, 2007<sup>7</sup>).

O movimento sanitário, que surgiu no final da década de 1970, mobilizou diversas parcelas da sociedade, propiciando a ampliação de debates sobre a saúde.

---

<sup>7</sup> Reforma sanitária: O Movimento da Reforma Sanitária iniciado logo após 1975 em nosso país, integrou um leque mais amplo, o das lutas pelas liberdades democráticas e do movimento sindical que se rearticulava na época, acrescido a seguir dos Movimentos Sociais que pressionavam a Assembleia Nacional Constituinte. Contudo, reconhecidos avanços na Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1987/1988), na Constituição (1988) e na Lei Orgânica de Saúde (1990) foram acompanhados de crescente estreitamento desse leque social, para o âmbito setorial da saúde, na vertente institucional do ensino e na gestão dos serviços e na vertente das entidades da sociedade civil ligadas à saúde.

Os intelectuais das universidades e os profissionais da saúde representaram os sujeitos que primeiro se preocuparam em defender, no Brasil, um novo projeto que valorizasse o sistema público de saúde, o qual culminou no projeto que se denominou de Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Um fato importante, ocorrido em maio de 1980, foi a 7ª Conferência Nacional de Saúde, pois foi nesse evento que surgiram as primeiras ideias para a modificação do programa do INAMPS, denominado PREVSAÚDE. Este tinha por objetivo generalizar o desempenho com o programa que apresentava como foco a assistência primária. No entanto, tal programa acabou não saindo do papel em função da crise econômica da Previdência, que se iniciou em 1981.

Em 1982 foram firmados convênios trilaterais envolvendo os Ministérios da Previdência Social, Saúde e Secretarias de Estado de Saúde, os quais, posteriormente, foram substituídos pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo da universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Esta proposta abriu a possibilidade de participação dos Estados e, principalmente, Municípios, na política nacional de saúde.

As AIS representaram o primeiro passo para a descentralização no sistema de saúde. Estas reuniram os serviços municipais e estaduais aos serviços pagos pelo INAMPS. A União assumiu os repasses dos encargos e dos recursos destinados ao sistema de saúde.

Ainda na década de 1980, no contexto de propostas voltadas para as políticas de saúde, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, considerada o marco da formatação político-ideológica do Projeto de Reforma Sanitária no Brasil, transformando-se em um projeto de ampliação da consciência sanitária dos cidadãos (BRAVO, 2007). O mesmo sustentou, nos princípios da saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, de acordo com Bravo (2011), apresentou uma articulação bem diferente das anteriores e contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Esta Conferência representou um marco, uma vez que introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates trataram de temas específicos como: “Saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “ Financiamento Setorial”. Assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, Centro Brasileiro de Estudo de Saúde CEBES, moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. Nesse evento, a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária mostrou um conceito de saúde mais amplo, resultado das condições de alimentação, habitação, renda entre outros, sendo ainda, a saúde um direito de cidadania e dever do Estado.

Acerca da responsabilidade do Estado para o setor saúde, na 8.ª Conferência Nacional de Saúde, ficou estabelecido que, no conjunto das responsabilidades, cabe ao Estado:

A adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo, para os setores mais carentes da população;  
Definição, financiamento e administração de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário;  
Operação descentralizada de serviços de saúde;  
Normatização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente público ou privado de forma a garantir padrões de qualidade adequados. (BRASIL 1996, p. 6).

Destaca-se que o foco da Conferência, no tocante à saúde, foi garantir a descentralização na gestão dos serviços oferecidos, normatização através da definição de responsabilidade dos entes federados e rigoroso controle sobre a qualidade dos serviços prestados pelos provedores privados contratados, sendo esta uma maneira de garantir equidade no acesso aos serviços nesta área.

Uma reformulação foi proposta no Sistema Nacional de Saúde à época, que foi o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), anterior ao Sistema

Único de Saúde (SUS), que já contemplava os princípios defendidos pela Reforma Sanitária de “universalização, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, descentralização do processo decisório, democratização das instâncias gestoras e políticas integradas de recursos humanos” (MENDES, 1995, p. 17).

Em 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde – LOS, o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS)<sup>8</sup> foi extinto por não conseguir contemplar, ainda, em sua operacionalização o atendimento à saúde, as relações intermediárias entre o Estado e a sociedade civil e por fortalecer os mecanismos de universalidade excludente. Englobando três princípios fundamentais, universalidade, descentralização e hierarquização, o Sistema Único de Saúde foi instituído pela Constituição de 1988, constituindo-se como uma política que compõe a Seguridade Social (MENDES, 1995).

O Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>9</sup> foi conquista da 8ª Conferência Nacional de Saúde e configura-se num convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) com os governos estaduais, tendo formado as bases para a seção Da Saúde (artigo 196 até o artigo 200), da Constituição de 1988.

Vale lembrar que a década de 1990 foi conflituosa em razão das mudanças políticas ocorridas no país. O Presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992) apresentou um programa de estabilização centrado num instrumental monetarista e conservador, com o intuito de deter a inflação e, ao mesmo tempo, lançar as bases de um ajuste estrutural neoliberal para a economia brasileira.

De acordo com Pereira *et al.* (2006), a concepção liberal/conservadora ou neoliberal tem como fundamento a evidência da excelência do modo individualista e seletivo de distribuir recursos em espécie apenas aos necessitados que, por ventura,

---

<sup>8</sup> O SUDS foi norteado pelo princípio de que os recursos federais devessem efetivamente realizar o real acesso à atenção à saúde, por parte de toda a população. Ao mesmo tempo, pretendia-se garantir, ao máximo, que os recursos destinados à saúde não se dispersassem nem fossem apropriados para outros fins.

<sup>9</sup> A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS unificou o sistema, uma vez que em 1988 a saúde era responsabilidade de vários ministérios, que começaram a ser descentralizados com a criação do SUDS. A partir de então, a saúde deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por Estados e municípios por meio de um sistema único de saúde no país.



o mercado não tenha dado conta dessas necessidades. Esta concepção prega a excelência do mercado no bem-estar social, defende a ideia de que a interferência do Estado, nas relações sociais, introduziria perturbações ao mecanismo de mercado, dificultando o livre jogo da oferta e da procura.

Ainda segundo Pereira *et al.* (2006), no plano econômico, a intervenção do Estado, através dos investimentos públicos, asseguraria o alto nível de atividade econômica – Keynesianismo<sup>10</sup>, pois os serviços constituem meios de socializar os custos da reprodução da força de trabalho. No plano social, asseguraria a existência em níveis elevados. No plano político, obtém-se uma maior integração dos setores subalternos à vida política e social e, portanto, à ordem socioeconômica.

As mudanças iniciadas foram interrompidas pelo afastamento do Presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992), via *impeachment*, tendo sido sucedido pelo seu Vice- Presidente Itamar Franco que, após um plano econômico (o Real), elegeu seu ministro: Fernando Henrique Cardoso (FHC). No ano de 1995, o Brasil possuía uma boa imagem no cenário internacional e contava um parque industrial representativo com grandes recursos naturais, empresas estatais muito competitivas em áreas estratégicas, a exemplo da Petrobrás, Vale do Rio Doce, e um setor de telecomunicações desenvolvidas com expressiva rede de produção elétrica.

Contudo, Lesbaupin (1999), cita que, quatro anos mais tarde, o Brasil enfrentou uma profunda crise econômica tendo ficado submetido ao Fundo Monetário Internacional (FMI). Na época muitas estatais foram privatizadas e com isso perdeu expressivas reservas cambiais, com um elevado nível de desemprego.

De acordo com, Lesbaupin:

A dívida externa total, que era de 149 milhões de dólares em dezembro de 1994 passou a ser de 229 milhões em fins de 1998. A dívida mobiliária interna federal, que era, em fins de 1994, de 62 bilhões de dólares, elevou-se a 324 bilhões em fins de 1998 (1999, p. 7).

---

<sup>10</sup> Keynesianismo é a teoria econômica consolidada pelo economista inglês John Maynard Keynes, suscitada, sobretudo, após a II Guerra Mundial no países centrais, que consiste numa organização político-econômica, oposta às concepções liberais, fundamentada na afirmação do Estado como agente indispensável de controle da economia, com objetivo de conduzir a um sistema de pleno emprego. Tais teorias tiveram uma enorme influência na renovação das teorias clássicas e na reformulação da política de livre mercado

Vale ressaltar que, antes de se eleger, o Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) fez sua campanha baseado no que ele denominou de “cinco dedos da mão”: saúde, educação, emprego, agricultura, segurança. No momento da posse, ele discursou dizendo que o Brasil não é um país pobre, mas injusto. Contudo, não obteve êxito, pois encerrou seu mandato com o maior grau de desemprego já registrado e com expressiva concentração de renda (BRAVO, 2000).

Em razão da meta do governo não ter sido a área social e sim a estabilidade da moeda, as políticas sociais sofreram sucessivos cortes e a cada anúncio uma nova redução de recursos, perspectiva calcada pelo neoliberalismo. Na última carga tributária anunciada por este governo, até aposentados e pensionistas do setor público foram afetados. Outro aspecto negativo desta década foram aqueles direcionados ao Sistema Único de Saúde (SUS), implantado em 1990.

Conforme o art. 5º, I da Lei Orgânica da Saúde: é objetivo do SUS identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, assim como promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde dentre as quais se destacam:

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; propiciam a prevenção, proteção e recuperação no campo da saúde, segundo o art. 5º, III da Lei Orgânica da Saúde:

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Embora a universalização, o acesso e a equidade sejam os principais princípios do SUS, desde a sua implantação estas ações ainda não foram realizadas com excelência, devido aos problemas políticos e econômicos enfrentados pelo país nesta década, sendo a correta destinação de recursos para o sistema de saúde o principal deles.

Conforme Soares (2007), o Sistema Único de Saúde foi implantado em meio a reformas que tinham por finalidades precípuas a maximização e expansão do capital, sendo elas: a mundialização do capital, a financeirização, a reestruturação produtiva, a cultura neoconservadora, a ascensão do pensamento pós-moderno e a contrarreforma do Estado.

Campos (1997) menciona que, embora o SUS tenha sido criado para promover a universalização dos serviços em saúde no Brasil, essa proposta se enquadra na ampliação quantitativa e qualitativa da ação estatal mediante a adoção de mecanismos políticos e administrativos considerados inovadores. Contudo, ressalta o autor, que o discurso e atuação dos últimos governantes do Brasil tem se vinculado a três princípios: o da privatização, o da contenção de gastos por meio de medidas que promovam austeridade e o da seleção de demandas.

Tais princípios, nos quais se sustentam a reforma do setor saúde, após a criação do SUS, são uma contradição central do processo nacional de reforma sanitária. Tal realidade reforça a dominância do projeto neoliberal no cotidiano das ações governamentais.

Soares (2007) afirma ainda que “com as necessidades de supercapitalização<sup>11</sup> e expansão do capital portador de juros, a intervenção sobre as expressões da questão social – e, dentre estas, o processo saúde-doença torna-se espaço de lucratividade e hegemonia política do grande capital” (p. 68). Saúde-doença explicada pelos estudiosos em epidemiologia, cientistas sociais e historiadores na década de 1970, como afirma Breilh (1991):

...fenômeno eminentemente social no qual os serviços médicos e sanitários tradicionais não têm senão um papel muito secundário na modificação do problema; são unânimes também na ideia de que enquanto estes sistemas continuem a desempenhar um papel de meros distribuidores de medicamentos para aliviar ou curar doenças não haverá nenhuma mudança positiva na saúde da população; são unânimes também em que as profissões de saúde devem tomar o papel social que lhes correspondem e as escolas que formam estes profissionais devem modificar totalmente seus programas de formação, porque a saúde e a doença são fenômenos sociais coletivos em suas origens e em sua evolução, (p.70).

Isso exige a necessidade de se precarizar a política de saúde, tornando-a uma política pobre para pobres, ampliando espaço para o mercado, desconstruindo, num movimento de contrarreforma, o referencial de saúde pública conquistado nos anos 1980.

---

<sup>11</sup> O conceito de supercapitalização para Mandel (1985) significa espriar relações capitalistas de produção em esferas a rigor não mercantis. O ímpeto do capital é valorizar-se sempre e a qualquer custo: do desperdício, da destruição do meio ambiente e no caso da contra-reforma do ensino superior, da qualidade discutível e o aligeiramento. E nesse período de intenso metabolismo destrutivo – no qual se esgota qualquer papel civilizatório do capitalismo, a supercapitalização, como mercantilização universal é uma tendência avassaladora. (p. 42)

Conforme citado anteriormente, o ajuste estrutural do Estado, de acordo com moldes neoliberais, inicia-se nos governos do Presidente Fernando Collor de Melo (1990-1992) e do Presidente Itamar Franco (1992-1995). No que diz respeito à saúde, a contrarreforma<sup>12</sup> acontece devido a inviabilização ou os obstáculos criados para a efetivação do Sistema Único de Saúde, conforme o arcabouço legal original (SOARES, 2012).

O avanço do Sistema Único de Saúde, como política social, foi comprometido pelo não cumprimento do princípio da equidade na distribuição dos recursos públicos, pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; negação do princípio da integralidade, priorizando a assistência médico-hospitalar, em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2001).

Neste contexto de precarização do Sistema Único de Saúde, há um crescimento contínuo do mercado de serviços privados, sendo ampliado significativamente na década de 1990, conseqüentemente, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000, que ficou responsável pela regulação, controle e fiscalização dos serviços de saúde suplementar, onde todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde (BAHIA, 2008).

Esse projeto de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro foi aprovado, em sua grande maioria, colocando a saúde como área não exclusiva do Estado, podendo ter seus serviços prestados por organizações sociais. Porém, o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso não conseguiu implementar o novo modelo de gestão na saúde com amplitude, acontecendo apenas em alguns Estados e Municípios, devido à resistência social e política em torno desse projeto.

---

<sup>12</sup> A contra-reforma previdenciária e demais alterações no âmbito da Previdência Social, durante os dois mandatos do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002), inserem-se em um projeto mais amplo de contrarreforma estatal, que por sua vez visa a adequação do país aos padrões internacionais favoráveis ao acúmulo e reprodução do capital por meio de medidas liberalizantes. Assim, os direitos sociais garantidos pela Constituição, sofreram uma mercantilização, que foi legitimada pelo discurso ideológico do Estado que se apresentava (e se apresenta) enquanto garantidor do “bem-comum” culminando na individualização dos sujeitos e à reafirmação de um Estado de classes.

Singer (2010) cita que a política econômica que FHC patrocinou, no decorrer do seu primeiro mandato, se refletiu de maneira negativa sobre a economia, de modo geral. Ressalta-se aqui o Plano Real, considerado por muitos especialistas como o principal logro de sua passagem pelo Ministério da Fazenda.

O Plano Real, inicialmente denominado pela imprensa Plano FHC, pertence de direito ao Presidente Itamar Franco. Na época, o ministro, patrono político do Plano, tinha ofuscado completamente o presidente, o qual teve de lutar com persistência para introduzir no Plano, vários dispositivos: como a indexação dos salários durante o primeiro ano de vigência e aumento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), no caso de demissões imotivadas (SINGER, 2010, p. 25).

Desde sua criação, o Plano Real foi marcado por sucessivos problemas, como desvalorização dos salários, altas taxas de juros, intensificação das desigualdades sociais e, acrescido a isso, está a ideia de congelamento de preços que reforçou a desestabilização, já que não foi apresentado nenhum plano para o descongelamento (SINGER, 2010).

Ainda segundo Singer (2010), os planos econômicos apresentados posteriormente repetiram o congelamento sem conseguir conter a inflação e, para evitar que a economia entrasse num verdadeiro colapso, a equipe econômica do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) começou a permitir o acesso a recursos líquidos de setores específicos, conforme a forma arbitrária dos que manejavam a abertura de possibilidades que pudessem prejudicar ainda mais o país. O fluxo de capital externo fez com que o Banco Central permitisse que o real se valorizasse em relação ao dólar.

A sobrevalorização do real acentuou a deflação dos preços industriais, ao mesmo tempo em que estimulou o crescimento das importações e a redução das exportações. Com isso, afirma Singer (2010) “passamos a ter *déficits* crescentes na balança de mercadorias, cobertos com empréstimos externos e investimentos diretos do exterior” (p.32). Apesar desse cenário positivo, o primeiro ataque

especulativo pôs fim ao Plano Real<sup>13</sup>. Na década de 1990, o Brasil e a Argentina foram atingidos por fugas de capitais.

Nesse contexto, o governo brasileiro reagiu admitindo que o Real estaria passando por uma leve desvalorização anual programada de 7,5% do real e outra parte representando sucessivas desvalorizações ao longo do ano, até atingir a meta da banda larga anunciada pelo Banco Central para um período de 12 meses.

O corte do volume de crédito mostrou-se eficiente para derrubar a demanda efetiva. De repente, a economia brasileira, que estava se recuperando havia dois anos e se expandia tangida por uma demanda aquecida, foi lançada em recessão. As compras a prazo foram diminuídas e, diante da superprodução (ou escassez de compradores), as importações caíram e as exportações começaram a subir. “O desequilíbrio nas contas externas se atenuou e os capitais deixaram de fugir e passaram a retornar” (SINGER, 2010, p. 33-34).

Em meio a todo esse cenário, a política monetária, apresentada pelo Banco Central, foi baixar a taxa nominal de juros ao longo do ano de 1996 e o governo, numa visão liberal, eliminou completamente o controle de todos os preços, inclusive dos alimentos básicos e remédios que eram tabelados por motivos particularmente sociais.

A partir desse início de crise, as que se sucederam foram incontáveis, até que, em 1997, o governo de FHC (1995-2002), enfrentou fortes crises cortando o crédito, elevando as taxas de juros, anunciando um pacote de ajuste fiscal com 51 medidas diferentes. No ano seguinte (1998), a intensificação de especulações fez com que o governo abandonasse sua política cambial e deixasse que o real circulasse livremente.

---

<sup>13</sup> Um dos grandes responsáveis por isso foi o México que, diante de grave crise econômica marcada pelo ataque especulativo agravado pela inadimplência do país, assistiu a uma inesperada desvalorização do peso mexicano, em dezembro de 1994. Seu efeito foi sentido por toda a economia do cone-sul atingindo, inclusive, o Brasil. Diante desta crise, o México passou a trocar pesos por dólares, supostamente como reação a incidentes políticos, inclusive o assassinato do candidato situacionista à presidência, até que as reservas cambiais se esgotassem. Diante disso, o México anunciou a suspensão dos pagamentos externos e que o peso passaria a flutuar livremente.

Reforçando o processo neoliberal, na gestão de FHC, iniciou-se uma reforma com discurso de superar o modelo de administração burocrática e implementação da administração gerencial. Porém, o que aconteceu foi a flexibilização de direitos constitucionais. Ao final do período, a máquina pública estava desmantelada, e o desfinanciamento dos serviços públicos agravado. A reforma deste governo enfraqueceu ainda mais a capacidade do Estado brasileiro de responder aos problemas sociais. (SOUZA, BASTOS e LÚCIO, 2011).

De acordo com Netto (1989), a vigência da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) foi apresentada como uma alternativa fundamental para financiar os gastos do Ministério da Saúde. Entretanto, os recursos gerados pela CPMF foram desviados de sua destinação pelo governo do presidente FHC. Dos 5 bilhões de reais gerados pela CPMF em 1997, somente 2,9 bilhões foram alocados ao Ministério da Saúde. Quanto ao exercício de 1998, supõe-se que o desvio chegue a 3,9 bilhões de reais.

Registra-se, então, uma política de estrangulamento de recursos para a área de saúde ao longo do primeiro governo do FHC, ressaltando-se que, entre 1995 e 1998, a Política de Saúde teve uma perda de 4,8 bilhões de reais, enquanto que o Programa Saneamento gastou em 1998 menos que em 1995.

Outro problema grave relacionado às políticas sociais citado por Netto (1989), foi a sabotagem das políticas sociais a partir da manipulação de receitas. Esse mesmo autor cita que, não satisfeito com cortes e desvios de recursos, o presidente Fernando Henrique Cardoso valeu-se amplamente de manipulação de receitas, desviadas de seus fins precípuos, para outras finalidades: “este método foi empregado para inviabilizar talvez a mais significativa das conquistas democrático-sociais consagradas na Constituição de 1988 referentes à seguridade social” (Netto, 1999, p. 84). Consequentemente, na saúde desencadeia o sucateamento dos serviços (precarização), o que torna terreno fértil à proposta de privatização.

A eleição do presidente Luis Inácio Lula da Silva (2003 – 2010) trouxe novas esperanças em relação à direção do país, justamente por ser um

representante da classe trabalhadora. Especialmente na área da saúde, o que se esperava deste governo era a retomada do projeto de reforma sanitária e a efetivação do SUS, mas, conforme mencionado anteriormente, o presidente Lula deu continuidade às políticas macroeconômicas iniciadas pelo presidente Fernando Henrique Cardoso.

Mas o que se delineou com as alianças realizadas, para garantia de sua eleição e seus vínculos com o grande capital nacional e internacional, foi uma nova etapa da contrarreforma na política de saúde, dando continuidade à política econômica conservadora e ao subfinanciamento da seguridade social.

Concorda-se com Bravo (2007) quando afirma que, apesar da expectativa de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, este governo popular democrático subordina as políticas sociais à lógica de mercado adequada, ao ajuste e a contrarreforma neoliberal, atingindo, assim, o cerne dos três pilares fundamentais do movimento da reforma sanitária, os quais sejam: a politização da saúde – rompendo com a racionalidade instrumental burocrática e tecnicista anterior; a mudança da norma constitucional – incorporando a saúde como direito público e universal, ampliando o conceito de saúde; e alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais.

Nota-se assim que, apesar do esforço do governo em promover mudanças, como a tentativa de tornar a saúde um direito universal e público, a subordinação das políticas sociais, sob o enfoque da contrarreforma neoliberal, não traria, ainda, os benefícios necessários ao setor saúde, como a disponibilização dos serviços aos grupos sociais mais carentes economicamente.

O Estado Brasileiro reduz o financiamento público de políticas sociais para os trabalhadores, reduzindo o campo dos direitos sociais. Abre-se espaço para mercantilização de todas as esferas da vida social, que passam a ser novos espaços de valorização para o capital (HARVEY, 2008).

De acordo com Bravo (2008), com relação à saúde, o Governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva apesar de explicitar o desafio à incorporação da



agenda ético-política da reforma sanitária, pelas suas ações, manteve a polarização entre os dois projetos: um de inovação e outro de continuidade.

Em relação à inovação da política de saúde do presidente Lula, este retomou as discussões da Reforma Sanitária, que haviam sido completamente abandonadas nos anos de 1990. Para tanto, escolheu profissionais comprometidos com as mudanças que desejava implementar no contexto da Reforma Sanitária. Foram criadas as secretarias de Direitos Humanos, Políticas para Mulheres e Igualdade Racial. Também houve maior participação social e a escolha de alguns representantes da Central Única dos Trabalhadores para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2000).

Como aspectos de continuidade da política de saúde dos anos de 1990, o governo do presidente Lula enfatizou a focalização, precarização e terceirização dos serviços humanos, o desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. O Sistema Único de Saúde assumiu o caráter de controle de doença, reforçando o sistema Privatista de Saúde.

Para melhor compreensão se faz necessário a contextualização histórica do Sistema Único de Saúde, o qual ressalta seu surgimento, propostas, avanços e necessidades de adequações frente à grande demanda por saúde no país que abordaremos a seguir.

## **1.2. Breve contextualização do SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu em 1988 com o objetivo de descentralizar a saúde no Brasil, trazendo uma nova arquitetura à saúde. Trata-se de um sistema participativo, com controle social sobre as políticas e ações na esfera da saúde.

Como já enfatizado, antes do SUS se consolidou o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde – SUDS (que tinha como proposta o caráter descentralizador) sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias

Estaduais de Saúde. Esses convênios, segundo Cohn e Elias (1999), começaram a ser assinados em 1987, passando às Secretarias Estaduais de Saúde o comando do sistema no âmbito estadual.

Tal proposta, conforme Cohn e Elias (1999), que se antecipa aos trabalhos na Assembleia Nacional Constituinte, veio atender o princípio do Sistema Único de Saúde – SUS, descentralizado e sob a égide do setor público, com comando único em cada esfera do poder federal, estadual e municipal, contemplado na Carta Magna de 1988.

Até a sua criação, a saúde pública no país passou por diferentes mudanças, mas, até aquele momento, não se tinha apresentado ainda um modelo que atendesse às reais necessidades do cidadão. Anteriormente, aconteceram várias iniciativas e até mesmo implantação de outros modelos centralizados que serviram de suportes para a elaboração do SUS.

No final da década de 1980, a ideia de descentralização e a construção de um sistema de saúde que atendesse às necessidades da população, ainda estavam longe de ser concretizada, embora esse ideário já estivesse sendo apontado.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006):

Embora o Sistema Único de Saúde não estivesse consignado, o que só viria acontecer com a Constituição Federal de 1988, já no início da Nova República, em 1985, a unificação do setor saúde já era apontada, especialmente com a passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde. Sua operacionalização, em tempo e movimento, gerou um acirrado debate com dupla face: por um lado mostrou contradições no movimento sanitário; por outro, evidenciou a sua capacidade de superação e competência para chegar, no fim, ao mesmo objetivo. O debate, que se iniciou ainda em 1985, atravessou a 8ª Conferência Nacional da Saúde CNS e se manteve por todo o período, até o final dos anos 1980. (p.75).

Desde então, se iniciou as discussões sobre a possibilidade de fusão do Ministério da Saúde com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Neste mesmo eixo existia uma espécie de corrente que defendia a unificação pelo alto, no qual o INAMPS seria transferido à saúde, e outra corrente que defendia a unificação pela base do sistema, o qual desenvolveria as estratégias

de descentralização, visando o fortalecimento dos municípios e dos estados e, assim seria consolidada a ideia do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta de fusão do INAMPS com o Ministério da Saúde para a oferta de serviços integrados seria o ponto de partida para que os serviços de saúde se tornassem acessíveis para os cidadãos. Das discussões envolvendo dois tipos de unificação (por baixo ou por alto) surgiu a ideia do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), no qual o Ministério da Saúde delegava aos secretários estaduais o processo local de fusão.

Contudo, essa ideia de unificação não ocorreu conforme o próprio nome da proposta, pois havia em torno dela questões políticas, já que o INAMPS defendia um paradigma conservador e passaria a receber influências de um grupo progressista.

Ao final do ano de 1985, as Ações Integradas tinham alcançado apenas um número pequeno de municípios, algo em torno de 130 a 140 (Brasil, 2006). Embora fosse um projeto prioritário, considerando o contexto territorial do país, os resultados eram considerados ínfimos.

A partir de então ficou decidido que a condução dos trabalhos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), junto à 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), seria reafirmar os princípios de um sistema único de saúde e, ao mesmo tempo, trabalhar com estados e municípios, tendo como referência o SUDS. Neste sentido, “os convênios com o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), tinham o objetivo de promover a unificação pelas secretarias estaduais e estas, por sua vez, assumiam e assinavam o compromisso de acelerar o trabalho de municipalização e de promover a adesão dos municípios aos convênios” (BRASIL, 2006, p. 79).

Em meio a toda essa conjuntura no campo da saúde, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986. Embora se tivesse elaborando um processo de constituinte e de institucionalização do movimento, esta Conferência foi de extrema relevância para o aprofundamento da Reforma Sanitária e de luta pelo direito à saúde.

A 8ª CNS veio fortalecer as discussões em torno da descentralização do sistema de saúde, mas estas propostas somente vieram a se concretizar com a Constituição Federal de 1988 e o INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde no início dos anos 1990.

A proposta de criação do Sistema Único de Saúde foi aceita por ter sido considerada “muito inteligente e não excludente” (BRAVO, 2000) e, ainda, pelo fato de permitir que outros setores também participassem. No entanto, a proposta nem se concretizara e já recebera influências negativas do governo do Presidente Fernando Collor de Mello, a partir do projeto “Brasil Novo”, sustentado numa minuciosa reforma econômica e administrativa, realizada através de Medidas Provisórias. Os efeitos nefastos deixados por estas medidas foram intitulados por muitos autores como desmonte do Estado.

#### Segundo Singer (2002)

No seu plano de governo, Collor promete elevar os gastos nacionais com saúde em 10%, mas, na prática, o que ocorreu foi contrário ao estabelecido na Constituição de 1988. Assim, o direito à saúde foi restringido e ao cabo de três anos de governo o gasto federal se contraiu em 40%, passando-se de um orçamento de quase US\$ 12 bilhões em 1989 para cerca de US\$ 7 bilhões em 1992, conforme valores convertidos em dólar de março de 1993 (p.502).

Com tais medidas, o Presidente Fernando Collor de Mello demonstrou ser altamente autoritário e sua prática não condizia com as promessas de campanha, cujo discurso defendia um governo voltado para as necessidades da população. As propostas do projeto “Brasil Novo” atingiram todos os setores do país já no início desse governo, mas o campo da saúde parece ter sido um dos mais afetados, conforme o Ministério da Saúde (2006, p. 115).

Os gastos públicos com saúde no período 1980-1990 alcançaram o nível máximo. Em 1989, de 3,3% do Produto Interno Bruto (PIB), mas reduziram-se drasticamente no governo Collor, voltando a 2,7%, somente em 1995. A participação das despesas de saúde nos gastos federais caiu de uma média anual por habitante de US\$ 63,46 no governo Sarney, para US\$ 54,70 no governo Collor, subindo pouco no governo Itamar, para US\$ 55,75. De US\$ 10,90 bilhões em 1989, os gastos federais em saúde reduziram-se para US\$ 6,60 bilhões em 1992. Assim, ao viés

autoritário, somou-se o viés neoliberal, com a redução dos gastos em saúde (SINGER, 2002).

Não bastassem as intensas mudanças e cortes nos gastos com a saúde, o governo também atrasou o pagamento dos hospitais em convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), adiando a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1991, mesmo diante das pressões dos municípios, estados e do Conselho Nacional de Saúde, que reafirmavam a importância da realização imediata desta conferência, bem como das demais conferências ocorridas em 1991.

Nessa mesma época foi apresentado e aprovado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. O referido programa representou uma inovação na política de saúde. Apesar deste avanço, ainda não tinham sido aprovadas as leis que tratam da Seguridade Social, consagradas na Constituição Federal de 1988.

Porém, a Lei Orgânica de Saúde e outro conjunto de leis foram promulgadas. De acordo com o Ministério da Saúde (2006):

Foi promulgada a Lei nº 8.080/90 contendo vetos de Collor, retomada em alguns pontos pela Lei nº 8.142/90, a Lei nº 8.212, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui o Plano de Custeio, e a Lei nº 8.213, que dispõe sobre os Planos de Benefícios, ambas em 24 de julho de 1991. A Lei Orgânica da Assistência Social, que começou a tramitar no Congresso Nacional em 1989, tendo sido aprovada nas duas casas do Congresso, foi vetada por Collor em 17 de setembro de 1990, por meio da Mensagem nº 6725. No veto, alega que a política de assistência social colocaria em prática a renda mínima. A Constituição Federal garante apenas um salário mínimo mensal para idosos e portadores de deficiência sem meios de se manter e a assistência social a quem dela necessitar (art. 203).(p.134).

Apesar deste contexto conflituoso, marcado por cortes e vetos por parte do presidente Collor, a área da saúde conseguiu alguns avanços. Nesta mesma década a Lei nº 8080/90 regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais, sob o paradigma da municipalização e da descentralização.

De acordo com o art. 4º da Lei nº 8.080/90, ficou instituído que o SUS se sustentaria em ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

O parágrafo 2º do artigo 4º da referida lei elucida que a iniciativa privada poderá participar do SUS, de forma complementar, considerando que a Carta Magna, em seu artigo 199, prioriza o setor público com participação em caráter inclusivo do setor privado. A Lei nº 8.080/90 institui, ainda, que nas atuações do SUS estão incluídas as vigilâncias sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral e farmacêutica.

A análise da Lei revela que na década de sua criação o setor de saúde se inseria num contexto de desenvolvimento, mas os vetos presidenciais acabaram mudando ações importantes, como a criação de conselhos e conferências, o financiamento da saúde em nível municipal, a participação da sociedade na questão da saúde, principalmente o movimento sanitário, entre outros.

O veto à participação do movimento sanitário motivou a organização de uma plenária nas entidades do setor, conforme cita o Ministério da Saúde (2006):

Articulando-se uma plenária das entidades do setor, conseguem do então ministro da Saúde, Alcení Guerra, um compromisso de envio de um novo projeto de lei que contemple os artigos vetados. Em seguida, o Congresso Nacional passa à discussão e aprovação do projeto que institui os conselhos e prevê as transferências diretas de dinheiro a estados e municípios, promulgando-se a Lei nº 8.142/90. No governo Collor, durante a gestão do ministro da Saúde Alcení Guerra (15/3/1990 a 23/1/1992), foi aprovada a NOB 91 (p.135).

Para que se conseguisse a transferência automática e direta de recursos de custeio do SUS para os municípios, a Norma Operacional Básica - NOB 91<sup>14</sup> exigiu a criação dos Conselhos e Fundos Municipais de Saúde.

A NOB 91 também exigiu dos municípios a responsabilidade com recursos mínimos de 10%, advindos do orçamento e da elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS). Posteriormente, foi apresentada a NOB-92, sendo que ambas foram criadas no governo do Presidente Fernando Collor de Mello.

A política de saúde, adotada e executada no Brasil nos últimos trinta anos, se revela ainda com várias lacunas, marcada pela necessidade de efetivação

---

<sup>14</sup> NOB 91- Normas Operacionais Básicas fornece instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS (mecanismos de financiamento do SUS -recursos repassados pelo INAMPS aos municípios e/ou estados).

de projetos voltados para o setor saúde, cujas propostas encontram-se inseridas no próprio Sistema Único de Saúde ao propor universalização, equidade e acesso.

Tais necessidades serão discutidas, em suas particularidades, no próximo capítulo que analisa a política de saúde no hospital das Clínicas-UFG, o qual destaca seus desafios permanentes.

## **CAPÍTULO 2. A POLÍTICA DE SAÚDE NA CENA CONTEMPORÂNEA: DESAFIOS PERMANENTES**

Conforme destacado no capítulo primeiro, a política de saúde no Brasil passou por longo processo de discussões e, atualmente, visa atender aos pressupostos do Sistema Único de Saúde, cujo principal enfoque é a universalização dos serviços em saúde de maneira equitativa a todos os cidadãos.

Nesse sentido, o presente capítulo faz uma abordagem sobre tais políticas no Brasil, o qual destaca o papel do Estado como principal responsável pelo provimento de recursos materiais e humanos para todas as unidades de saúde de todo o país. Em seguida, analisa estas políticas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, apontando-as como desafios permanentes.

### **2.1. Política de Saúde e o acesso aos serviços públicos de saúde**

Nos últimos anos as discussões envolvendo as políticas de saúde no Brasil podem ser compreendidas sob diversos ângulos, no qual, ora se enfatiza o papel do Estado, ora dos organismos da sociedade civil e, de modo particular, procurando considerar a atuação dos diferentes grupos sociais e segmentos de classes na definição de políticas sociais.

As discussões relacionadas ao campo da política social são amplas e complexas, sua compreensão está para além dos limites de uma disciplina (Sociologia, Ciência Política, Economia, Serviço Social etc.), apesar de estar intimamente ligada a elas. O campo das políticas sociais é também um espaço de intervenção interdisciplinar, embora não seja uma profissão, mas devido ao fato de reunir todas as disciplinas voltadas para a atenção às demandas, assim como das necessidades sociais, entendidas como conteúdo e fundamento dos direitos sociais (ANTUNES, 2012).

Conforme mencionado no capítulo 1 deste estudo, o fortalecimento da ideologia neoliberal tem retirado aos poucos a responsabilidade do Estado em



relação à questão social, embora, no discurso, tudo pareça estar em pleno desenvolvimento como, por exemplo, o incentivo dado pelo governo às populações carentes como os auxílios que são 'distribuídos' sob os mais diferentes nomes como: o Bolsa Família, Fome Zero, entre outros.

De acordo com Simionatto e Nogueira (1994):

Nesse processo de discussão fica evidente o papel das organizações progressistas que conseguiram, de forma mais ou menos competente, articular propostas que foram inscritas na Constituição Federal de 1988. Tais propostas, embora tenham caminhado em um movimento "de baixo para cima", isto é, partindo das demandas populares, têm evidenciado, ao longo dos anos, dificuldades de concretização, operacionalização efetiva (p. 53).

Na tentativa de explicar estas dificuldades no campo das políticas públicas, várias discussões no plano teórico têm sido apresentadas para tentar elucidar a falência das políticas sociais públicas como, por exemplo, explicações que apontam para a fragilidade da sociedade civil, o papel concentrador do Estado e seus processos burocráticos, além da precária representatividade dos parlamentares em nosso país.

Simionatto e Nogueira (1994) citam que, dentre estas explicações, destaca-se o papel do Estado enquanto *locus* efetivo da tomada de decisões, autogovernando-se em relação a outras instâncias decisórias. Ainda sob o ponto de vista das autoras anteriormente mencionadas, um dos aspectos mais relevantes nesse processo de discussão das políticas públicas é a definição de competências dos diferentes níveis do poder estatal nestas políticas, no tocante ao deslocamento da sua decisão e gestão, passando-se a privilegiar o poder local, com destaque na municipalização inscrita na Constituição Federal de 1988.

Nota-se que mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a realidade das unidades de saúde em todo o país ainda revela a permanência de burocratização e dificuldade ao acesso dos serviços de saúde.

Persiste o controle da burocracia central (via centralização de recursos e decisões), os comportamentos paternalistas, clientelistas e populistas, os privilégios político-partidários na definição de áreas prioritárias para investimentos públicos e a conciliação de interesses privados nos processos de decisão e definição de políticas públicas (SIMIONATTO e NOGUEIRA, 1994, p. 53).

Esta dificuldade de acesso aos serviços de saúde, conforme Bravo (2000), fere o texto constitucional, sendo este um dos mais importantes aspectos: o direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano. Além deste, consta também no texto constitucional que as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle (BRAVO, 2000).

Após vinte anos da apresentação destes princípios, apresentados na Carta Magna de 1988, o sistema ainda carece de investimentos. Simionatto e Nogueira (1994) mencionam que dentre as dificuldades de efetivação das políticas sociais e de saúde está o acesso a estes serviços.

Bravo (2000) ressalta que, além dos problemas já mencionados acerca da precarização dos serviços de saúde, está a falta de investimentos na área das políticas públicas e de efetivação de políticas já elaboradas. Para reforçar sua argumentação, a autora centra-se nas políticas de saúde construídas na gestão do governo do Presidente Luis Inácio Lula da Silva que, inegavelmente, se refletiu sobre o atual governo da Presidente Dilma Vana Rousseff (2011- 2014).

O governo do Presidente Lula, como já mencionado no capítulo primeiro, manteve as políticas macroeconômicas do governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso. Políticas estas fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Nesse processo de setorização, o então Presidente Lula não valorizou a Seguridade Social, fortalecendo a segmentação das três políticas de saúde, de assistência social e previdência social (BRAVO, 2000).

Nesse sentido, o governo incentivou um processo também denominado por privatização da saúde, na medida em que apoiou o fortalecimento do setor privado de saúde em detrimento de investimentos no setor público. Tal concepção é um dos aspectos de continuidade das políticas de Fernando Henrique Cardoso, com ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, na falta de financiamento e da vontade política para implementar uma concepção efetiva e equitativa de seguridade social (BRAVO, 2000).

Nesse sentido, denota-se falta de iniciativa do governo com o sistema público de saúde, e a necessidade de que o acesso a esses serviços seja tema central das políticas públicas nessa área.

Assim, a política de saúde, conforme Tanezini (2004), tem como objetivo promover a ação social ou analisar processos de ação social, sendo esta também uma política pública.

De acordo com Tanezini (2004):

O *locus* das políticas públicas são as instituições que as implementam, ambas são fenômenos da realidade, inseridas na dinâmica das relações sociais, ou seja, são perpassadas pelo embate entre os diversos segmentos sociais e o Estado e está relacionada com os direitos de cidadania, mas tem em si a contradição – pode ser assistencialista ou pode gerar mais consciência das pessoas atendidas nas suas lutas no sentido da transformação social – pode ser contraditória também e principalmente porque pode atender ao mesmo tempo tanto as demandas do capital quanto as do trabalho, dependendo da correlação de forças (p. 10).

É importante citar que esse processo contraditório, por se localizar nas ações dos governantes que não viabilizam serviços de saúde de qualidade ao cidadão, se reflete de maneira significativa no atendimento nas unidades de saúde, pois em todo o país verifica-se que ainda existem muitos obstáculos a serem superados, principalmente em relação ao acesso, pois sabe-se que ele não acontece de maneira equitativa e universal. Equidade e universalidade, na perspectiva da Carta Magna de 1988, são direitos sociais.

Simões (1999, p. 59), ao tratar de direitos sociais, baseia-se no art. 4º, Inciso II da Lei Orgânica de Assistência Social, que integra a universalização dos direitos sociais (art. 6º da Constituição Federal) aos princípios da assistência social. Busca superar a alteração do conceito, do ponto de vista institucional, no que diz respeito ao seu papel clássico, porque ultrapassa a ação meramente assistencialista com relação à população socialmente excluída. Um dos principais objetivos do Sistema Único de Saúde veio desse desejo de romper com atitudes tradicionais.

De acordo com Bordignon (2006), o SUS trouxe consigo mudanças das práticas sanitárias, no qual os conceitos de acesso, acolhimento e vínculo ganham expressão no campo sociológico, mas também no sentido da resolutividade.

Na sociedade moderna os cidadãos esperam que os conceitos mencionados pela autora sejam, pelo menos, em parte atendidos, sendo que o principal deles é respeito e atenção de quem atende, assim como rapidez no atendimento sem fila.

No nosso objeto de estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, foi possível apreender o quanto esta realidade está longe de ser concretizada, já que existem pacientes que aguardam pelo procedimento cirúrgico, no caso, artroplastia de quadril, há cerca de três anos ou mais.<sup>15</sup>

Nesse sentido Pereira, citado por Sícoli e Nascimento (2003) menciona que:

O novo paradigma representa uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, específica, mas numa perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Assim, de uma postura voltada para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, volta-se para eleger metas para a ação política para a saúde, direcionadas ao coletivo (p. 104).

Ressalta-se que esta nova maneira de interpretar as necessidades, conforme Pereira (2001), está em consonância com o que é preconizado nos princípios do SUS, uma vez que o próprio usuário que procura por esses serviços busca constantemente por serviços que, além de atender suas necessidades, também seja desburocratizado e rápido.

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS (2011), ao discutir sobre as políticas sociais, ressalta que há por trás delas os determinantes sociais, no qual ilustra mostrando que no centro estão as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, fazendo parte deste conjunto as condições de vida e de trabalho. Estes determinantes, chamados pelo CONASS (2011) de micro e macrodeterminantes, foram fundamentais na elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde.

---

<sup>15</sup> Conforme resultado das análises de pesquisa na página 80 dessa dissertação.

Tal Política norteia hoje as decisões tomadas por gestores estaduais em relação à busca de estratégias que favoreçam o acesso aos serviços de saúde no Brasil:

A Política Nacional de Promoção à Saúde, instituída e publicada por meio da Portaria GM/MS n. 687 de 30 de março de 2006 tem como objetivo a promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Estabelece como diretrizes ações que estimulem as ações intersetoriais e o fortalecimento da participação social que promovam resultados na busca da equidade e o empoderamento individual e comunitário, além da promoção de mudanças organizacionais com vistas à busca de práticas horizontais. (BRASIL 2011, p. 8).

Ao instituir a equidade, como condição básica do acesso aos serviços de saúde, este Conselho busca se adequar ao que está preconizado nas diretrizes do SUS, sendo este ainda um problema a ser resolvido na prática, no cotidiano dos serviços de saúde.

Esta lacuna, entre o discurso e a prática, é explicitada por Bravo (2000) na adoção de Política de Ajuste, cujo principal objetivo é conter os gastos com racionalização da oferta, descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.

Nesse sentido, a tarefa do Estado, nesse projeto consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, *apud* BRAVO, 2000, p. 15).

Além dos aspectos mencionados anteriormente em relação à “oferta mínima” de serviços, destaca-se que a universalidade do direito, sendo um dos fundamentos centrais do SUS, tem provocado resistência dos formuladores do projeto de saúde voltada para o mercado (BRAVO, 2000).

Um exemplo que se pode citar é a oferta de atendimento médico e laboratorial, que não se cumpre na totalidade, pois muitos pacientes, ao procurarem atendimento, nem sempre são atendidos ou então ficam meses na fila de espera por um atendimento, principalmente aqueles cujo investimento é maior por parte do

governo, como os relativos às doenças crônicas e tratamentos longos, como o câncer, por exemplo.

No atual século, mesmo depois de tantas discussões pautadas na universalização dos serviços de saúde, muitas unidades não conseguem atender a demanda, sendo este desafio para o sistema de saúde, pois sabe-se que nem todos os serviços ofertados conseguem atender as necessidades dos usuários do sistema.

Um dos principais objetivos do SUS é a universalização do sistema de saúde no Brasil, de modo que os serviços possam ser ofertados a todos os cidadãos, sem distinção. A seguir, serão expostos os conceitos e características do tripé: acesso, universalidade e equidade e, posteriormente, analisa-se sua efetividade no Hospital das Clínicas em Goiânia.

## **2.2. Princípios de acesso, universalidade e equidade**

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se discutido muito sobre a concretização do acesso, universalidade e equidade, de modo a ampliar o tema em busca de uma oferta realmente universal e equitativa para a população.

Para compreender quais são os obstáculos que impedem tal concretização, é importante remeter à legislação brasileira e, posteriormente, confrontá-la com os ideários que permeiam as políticas que regem este sistema em nosso país.

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que versa sobre o Sistema Único de Saúde, em seu Título I das disposições Gerais traz diretrizes para garantir o acesso da população a um serviço de saúde público e de qualidade:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - 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 no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 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.

Os princípios de universalidade e integralidade estão dispostos no art. 7º § 1º e 2º, respectivamente:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Embora estes princípios estejam previstos em Lei, a sua efetivação representa um desafio para os sistemas de saúde, e também para o profissional do Serviço Social que atua como mediador entre estas políticas e o cidadão.

Ao analisar a realidade no qual se insere o Sistema de Saúde Pública Brasileiro, Soares e Lima (1996) ressaltam que:

A concepção de atenção à saúde que tem estado em vigor fundamenta-se em duas premissas principais: a de que o trabalho em saúde é, basicamente, uma atividade que busca recuperar a higidez dos indivíduos já portadores de algum evento patológico, sendo, pois, uma intervenção curativa e individualizada; e a de que deve ser exercido num espaço institucional definido como uma unidade assistencial complexa, o hospital, e sob a ótica da racionalidade médica. Esse fato é facilmente demonstrável pelas decisões acerca da alocação dos recursos financeiros ( p. 140).

Nota-se, na afirmação de Soares e Lima (1996), que o modelo de atenção à saúde vigente no país não consegue efetivar nenhum dos três princípios aqui mencionados, já que seu foco é apenas a prevenção curativa e individualizada e, sendo assim, seu real sentido não se estende, por exemplo, ao tratamento e prevenção de doenças potencialmente graves de modo a garantir qualidade de vida aos seus portadores.

Quando se analisa a concepção de atenção à saúde, expressa na Constituição Brasileira de 1988, nota-se que é muito mais avançada, globalizante e mais instrumentalizada para interferir sobre dada realidade, em articulação tanto com outros setores do Estado quanto com a sociedade civil.

Desse modo, faz-se importante discutir mais amplamente cada um destes princípios e, posteriormente, analisar os motivos pelos quais eles não se efetivaram, sendo este um dos principais desafios postos ao assistente social.

Segundo Assis e Jesus (2012), o acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, principalmente no contexto da crise econômica que se instalou na última década, acirrando a existência de barreiras aos usuários, como é o caso das filas para marcação de consulta e atendimento e da escassez de estratégias para sua superação. O tema da acessibilidade não é simples, já que suscita várias interpretações, cujos conceitos são passíveis de reflexão.

De acordo com Pontes *et. al.* (2009), a institucionalização do SUS possibilitou a oferta de serviços para uma parcela da população, que encontraria grandes dificuldades para ter acesso a ações de saúde de maior complexidade.

Shimizu *et.al.* (2009), cita que a acessibilidade supõe a capacidade de uma produção adequada de serviços de saúde, que tem como parâmetro o perfil epidemiológico da população à qual se destina.

Cohn *et.al.*(1999), explicita a questão do acesso dentro de dois eixos que eles denominam de “viés”. Por um lado está o da racionalidade, e do outro a carência.

No Brasil, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das exigências instituídas pela Constituição de 1988 em seu art. 196 para a equidade desejada no preceito de que a saúde é um direito de todos. As políticas de saúde apresentam, reiteradamente, o acesso do usuário aos serviços como um paradigma básico para planos nacionais e projetos regionais e locais de ampliação da rede de serviços existentes. A distância ou a proximidade entre o local da residência do usuário e o local da prestação do serviço constitui a razão, assim, para orientar a distribuição dos recursos e a ampliação da rede de unidades de serviços de assistência médica (COHN, *et.al.*, 1999, p. 67).

O acesso, assim entendido, deveria ser, na prática, a base concreta para a viabilização do princípio de articulação funcional, que sustenta a concepção de hierarquização da demanda pelos serviços de saúde no país.

De acordo com Assis e Jesus (2012), a acessibilidade aos serviços de saúde tem relação com as condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e



educação. Extrapola a dimensão geográfica e abrange o aspecto econômico relativo ao gasto do usuário com saúde, o aspecto cultural envolvendo normas, técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional que responde pela adequação da oferta de serviços e sua qualidade às pessoas que recorrem ao sistema.

Portanto, para estes autores, o conceito de acessibilidade tem um sentido multidimensional de caráter social e político, que está presente na execução da política, na gestão, na prestação de serviços e na relação dos profissionais com os usuários.

Para Machado (2006), a acessibilidade é uma das estratégias de equidade, já que ao ter esse direito, o cidadão está se equiparando, pelo menos em parte, aos demais que têm serviços de saúde garantidos.

Andersen *apud* Machado (2006) oferece um dos conceitos de acessibilidade:

No seu clássico modelo de utilização de serviços de saúde, o acesso é apresentado como um dos elementos do sistema de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que diz respeito à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento, ou seja, à integralidade em todos os níveis de atenção à saúde (p. 11).

Esta concepção de acesso, evidenciada pelo autor, dista daquilo que na prática ocorre no Brasil. Isso porque, no país, as diferentes formulações das políticas de saúde levaram em consideração a existência de uma rede sempre insuficiente para uma demanda cada vez maior e diversificada.

Assim Cohn *et al.* (1999), ressaltam que:

A acessibilidade, no caso brasileiro, vista tecnicamente, leva em conta a disponibilidade dos serviços não só segundo a proximidade, mas, também de acordo com o grau de morbidade da demanda, ou seja, o atendimento planejado supõe uma demanda hierarquizada por diferentes tipos de serviços, desde o mais simples até os mais tecnologicamente complexos, (p. 69).

Essa diversidade de demanda constitui-se, atualmente, um dos problemas mais complexos, principalmente no que se refere à marcação de realização de exames, já que uma minoria tem acesso a eles, devido ao número de vagas e aos escassos recursos destinados para esse fim.

Quando se retoma os principais problemas de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), é bom lembrar-se daqueles surgidos e realimentados nos governos dos Presidentes Fernando Collor de Mello, Fernando Henrique Cardoso e Luis Inácio Lula da Silva, cujo ideário se fundamentou com ênfase no Projeto Neoliberal vigente, apontado anteriormente.

Conforme Conselho Regional de Medicina de Sergipe (CREMESE) 2013:

Já no seu nascedouro, o Sistema Único de Saúde enfrentou uma realidade política e econômica adversa, que gerou o seu desfinanciamento progressivo, com a conseqüente falta de recursos, uma vez que a Constituição de 1988 previa que a verba para este sistema seria de 30% do orçamento da seguridade social. Esse percentual significaria atualmente, pelo menos, o dobro do orçamento atual do SUS. No entanto, com o tempo, foram encontrados artifícios legais para que o orçamento fosse diminuindo. Hoje, 23 anos depois, o SUS, já saindo da adolescência, ainda está em processo de afirmação, uma vez que ainda não conseguiu estabelecer regras adequadas e permanentes de financiamento. O SUS atende a 80% da população brasileira, aproximadamente 150 milhões de pessoas, e consome 45% do total de gasto com saúde no país. Enquanto o setor de saúde suplementar, representado pelos planos de saúde, tem 40 milhões de usuários, que representam 20% da população e consomem 55% desse total de gastos. Esses dados demonstram sobejamente a necessidade de um financiamento melhor para o sistema público. (p.1).

Nota-se que a disparidade existente entre a oferta real x necessidade de uso do sistema é extremamente representativa. Ressalta-se que, nestes últimos 23 anos, a União diminuiu sua participação total nos gastos com a saúde de 75%, em 1980, para 49%, em 2005, enquanto que os municípios e estados saíram de 25% para 51%. Com isso, constata-se que nesse período a União, proporcionalmente, diminuiu significativamente o seu financiamento para a saúde (CREMESE, 2013).

Esta realidade coloca o Brasil em desvantagem a outros países, como a Colômbia, Venezuela, Argentina, Cuba e Uruguai, que investem muito mais em saúde. “Este quadro de desfinanciamento do sistema público começou a gerar impasses naturais para o crescimento do SUS, da infância à adolescência, não conseguindo a implantação das suas propostas iniciais” (CREMESE, 2013, p. 1).

Vale ressaltar que, se as políticas de acesso são ineficientes, sem dúvida incidirão na universalidade e na equidade.

Conforme Pontes *et al.* (2009):

De acordo com a lei 8080/902, o princípio de universalidade é entendido como a garantia de todo cidadão, trabalhador ou não, ao direito de acesso

aos serviços públicos de saúde ou, quando estes se encontram inexistentes, aos conveniados complementares ao SUS. Ao lado do reconhecimento da saúde como direito de todos, os entrevistados também reconhecem a obrigação do Estado em sua oferta (p. 142).

Apesar do que preconiza a Lei, os serviços de saúde no país não avançaram. Cohn e Elias (1999) citam que um dos motivos que levam ao não acesso e universalização são problemas comuns como: destinação equivocada de recursos em termos de custo-benefício, desigualdades no acesso e na qualidade de serviços, ineficiência nos gastos, na utilização de leitos e na distribuição de pessoal entre outros.

De acordo com Teixeira, o processo de universalização do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sido debatido, essencialmente, numa visão de oposição da perspectiva socialdemocrata, incluída no texto constitucional e a perspectiva neoliberal, que tem sido propagada no âmbito das políticas públicas no Brasil nos últimos 20 anos.

Por um lado, defende-se a garantia do acesso a qualquer das ações e serviços produzidos pelo SUS, o que tem gerado uma grande injustiça, devido às divergências de informação e de consciência do direito assegurado entre os vários segmentos populacionais e, de outro, defende-se a necessidade de definir certas prioridades, devido às dificuldades financeiras, gerenciais e operacionais do sistema, e no lado oposto, alega-se à favor de uma definição do “pacote básico” a ser prestado pelo SUS, arruinando-se com isso, a proposta de universalização.

Dessa forma, a autora divide o processo de universalização em três posições:

a) **universalização de “tudo”** (embora desejável, é inviável a curto e médio prazo, pois gera uma competição “interna” pelos recursos entre prestadores e uma competição “externa” entre usuários, pelos serviços, com evidente vantagem dos segmentos econômica e culturalmente mais beneficiados.) O “nó crítico”, tem sido, portanto, o financiamento, não por acaso o tema em torno do qual gravita o debate político; b) **a equidade** (tem gerado também polêmicas, questionamentos em relação à pertinência das políticas específicas para determinados grupos), ocasionando clientelismos, atendimentos que são possíveis graças às pressões dos movimentos organizados ou através de lobbies estabelecidos com os gestores das políticas públicas; c) **e a integralidade** que tem como fundamento as diversas concepções sobre os determinantes do processo saúde-doença, como funciona esse processo e sobre o qual vem se constituindo grande debate (TEIXEIRA, 2010, p. 8).

A colocação feita por Teixeira (2010) evidencia que, na prática, o debate do Sistema Único de Saúde não se sustenta no processo de democratização ao qual se propõe a própria lei que o rege. Sendo assim, os interesses se sustentam em discursos não direcionados às necessidades da população, tornando estes direitos cada vez mais díspares entre os diferentes grupos de usuários deste sistema.

Segundo Mendes *apud* Wolfart (2013):

Houve um incremento do acesso dos brasileiros à saúde; a atenção primária à saúde melhorou muito, especialmente, por meio do Programa de Saúde da Família; há bons resultados nos programas de imunização, mas, ainda existem lacunas. A maior lacuna entre o Sistema de Saúde que temos e o que queremos está na concepção macroeconômica vigente do sistema de saúde brasileiro, que se estrutura na perspectiva da segmentação. (p.2)

A segmentação<sup>16</sup> do sistema de saúde é um dilema que se entrecruza com a universalização, segundo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2006):

Constitui-se uma questão central nas reformas sanitárias contemporâneas, em que se colocam dois caminhos principais para os sistemas de saúde, a universalização ou a segmentação. Essas alternativas de conformação dos sistemas de saúde, na prática social, são definidas a partir dos valores vigentes nas sociedades, dos posicionamentos políticos-ideológicos dos atores sociais frente à organização dos serviços de saúde e do papel do Estado na Saúde. (p.47).

Colombo e Tapay (2004) citam que os sistemas segmentados caracterizam-se por segregar diferentes clientelas em nichos institucionais singulares. Disso resulta uma integração vertical de cada segmento e uma segregação horizontal entre eles, em que cada segmento, público e privado, exercitam as funções de financiamento, regulação e prestação dos serviços para sua clientela particular, com regramentos próprios. Dessa forma, os sistemas públicos e privados não são suplementares entre si, mas complementares, visto que atendem, mais ou menos amplamente, a clientelas distintas.

---

<sup>16</sup> Pode ser entendida pela composição relativa dos usuários do SUS, os brasileiros que são usuários exclusivos do SUS, os que não são exclusivos e os que não são usuários. Isso acontece devido às dificuldades de se criarem as bases materiais para a garantia do direito constitucional da universalização. Sendo assim incorporados ao SUS outros dois subsistemas relevantes: o Sistema de Saúde Suplementar – que são os atendimentos feitos pelos planos de saúde diversos e o Sistema de Desembolso Direto: são também representados por serviços adquiridos em prestadores privados mediante gastos diretos dos bolsos das pessoas ou famílias; é o mais relevante no âmbito privado, funciona como um sistema oculto que opera com baixa regulação do Estado. Ver a íntegra no Conass (2011).

De acordo com o referido Conselho, para que se constitua de fato o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser reafirmado, constantemente, como política de Estado, mais que de governos. Desse modo, o SUS deve ser entendido como compromisso permanente de longo prazo, assumido pelo conjunto da sociedade e preservado, em seus tempos de governança, pelos distintos grupos políticos no poder.

Esta seria uma maneira de abrir vias de acesso e equidade nos sistemas de saúde, sendo este o mais relevante dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): “um dos princípios básicos do SUS é a equidade, ou seja, os serviços de saúde devem oferecer tratamentos diferenciados e específicos para os desiguais, visando reduzir diferenças de vulnerabilidade das populações” (KALCKMANN, *et al.*, 2007 p.48).

A literatura internacional vem adotando, como ponto de partida para novas definições do conceito de equidade em saúde, aquele desenvolvido por Whitehead (1992)<sup>17</sup>, segundo o qual, equidade implica que, idealmente, todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial, se isso puder ser evitado (LUCCHESI, 2003), o que entendemos por pertinente, pois vemos, na prática, que há a necessidade de se reconhecer os desiguais para atendê-los de forma equitativa.

O conceito de equidade sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas necessidades de saúde e que o nível de saúde observado entre pessoas diferentes não deve ser influenciado por fatores além do seu controle.

Como consequência, a iniquidade ocorre quando diferentes grupos, definidos por suas características sociais e demográficas como, por exemplo, renda, educação, ou etnia, têm acesso diferenciado a serviços de saúde ou diferenças nas condições de saúde (*health status*). Essas diferenças são consideradas iníquas se

---

<sup>17</sup> A definição de Whitehead sustenta-se na teoria da justiça de John Rawls, considerada ainda como teoria da justiça mais influente. Assim, para Whitehead, as iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis, ou seja, esta metodologia recai numa culpabilização do indivíduo ignorando o sistema desigual.

elas ocorrem porque as pessoas têm escolhas limitadas, acesso a mais ou menos recursos para saúde ou exposição a fatores que afetam a saúde, resultantes de diferenças que expressam desigualdades injustas. (CHETRE, *apud* LUCCHESI, 2003).

A equidade, na perspectiva do SUS, diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a ideia de justiça social, condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos. Para que se possa exercer a equidade é preciso que existam ambientes favoráveis, acessos à informação, às experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade (BRASIL, 2006).

Mesmo com a proposta de descentralização dos serviços de saúde, a problemática da equidade, que tem gerado também algumas polêmicas em virtude do questionamento da “pertinência” de políticas específicas para determinados grupos, vista como uma forma de “neocorporativismo” ou de “clientelismo”, na medida em que atendem pressões de movimentos sociais mais bem organizados, ou que conseguem estabelecer *lobbies*, ou anéis “tecnoburocráticos” com setores das instituições gestoras das políticas (TEIXEIRA, 2010).

Lucchese (2003) cita que esses desafios, presentes na gestão descentralizada dos serviços sociais na América Latina, com a complexidade que assumem em tempos de globalização, de mudanças no modo de regulação social e de redesenho institucional do Estado, integram, desde o início dos anos 1990, a agenda política setorial no Brasil. E são a partir desses desafios que se desdobram tarefas de gestão para a redução de desigualdades em saúde no país.

O enfrentamento destes desafios tem sido colocado, não somente para os gestores das instituições públicas, mas também para os diversos profissionais de saúde, dentre eles, o do Serviço Social, que atua como mediador entre estes serviços e os usuários que necessitam deles. E estes desafios estão presentes em todas as cidades brasileiras, visto que o serviço público de saúde vem sofrendo com a iminência da privatização, realidade que não é diferente para o HC/UFG. No

próximo subitem, será retratada a realidade desta instituição frente às demandas impostas no cotidiano e a possibilidade de privatização de seus serviços.

### 2.3. Os Hospitais Universitários diante das privatizações: a particularidade do HC/UFG

A cidade de Goiânia está localizada no Estado de Goiás, pertencente à região Centro-Oeste, no centro do Brasil (Figura 1). Goiânia foi construída com o intuito de substituir a antiga capital Vila Boa, diante da necessidade de localizar a capital em região mais próxima à linha férrea e de acordo com os interesses econômicos e políticos goianos. O município de Goiânia pertence à Mesorregião do Centro Goiano e à Microrregião de Goiânia, distando 209 km de Brasília, a capital brasileira. A cidade possui uma área de aproximadamente 739 km<sup>2</sup>, com geografia contínua, poucos morros e baixadas, terras planas na maior parte de seu território e abriga o rio Meia Ponte.<sup>18</sup> (Figura 2)

**Figura 1: Localização de Goiânia no Brasil**



**Figura 2: Localização de Goiânia em Goiás**



Fonte: BIASETTO; AMARO, 2008

De acordo com Quintela e Castro (2011), o nome da cidade teria vindo da adaptação ortográfica e possivelmente fonética do título do livro “Goyania” (poema

<sup>18</sup> WIKIPEDIA. < <http://pt.wikipedia.org/wiki/Goi%C3%A2nia>> Acesso em 21/09/2013.

épico), sendo o mesmo a primeira publicação literária voltada ao Estado de Goiás. Segundo esses mesmos autores, existe também a hipótese de que o nome foi escolhido em evocação à Pedra Goyania, na Serra Dourada, cujo nome emana do poema épico acima mencionado.

Os registros históricos demonstram a maneira que Goiânia se desenvolveu ao longo de seus 80 anos de existência. De acordo com Ribeiro (2004), até os anos 1930 a nova capital ainda não apresentava desenvolvimento. No entanto, nos anos 1940, o crescimento de Goiânia era visível. Iniciou-se, nesse período, uma segunda fase de desenvolvimento com a cidade em processo de construção, conforme os projetos dos arquitetos Atilio, Armando de Godoy e os irmãos Coimbra Bueno. No ano de 1947, foi aprovado um novo código para a cidade, que perdurou até o ano de 1968, quando nela começaram a aparecer os conjuntos habitacionais (RIBEIRO, 2004).

O processo de urbanização de Goiânia prosseguiu às décadas que se sucederam. Esse desenvolvimento levou em consideração, não apenas os planos urbanísticos, mas também os aspectos sociais, políticos e econômicos de cada período. Entre os anos de 1951 a 1979 consolidou-se em Goiânia um novo processo de urbanização. Mais precisamente nos anos 1960, intensificaram-se os fluxos migratórios (ADORNO, 2003). Desde o início do ano de 2000 até os dias atuais, a cidade de Goiânia tem carregado consigo as marcas de seus idealizadores, ainda que seu crescimento urbano tenha descaracterizado a proposta de seus primeiros planos urbanísticos, em razão do rápido desenvolvimento demográfico.

Goiânia é a segunda cidade mais populosa do Centro-Oeste, sendo superada apenas por Brasília. Sua excelente localização no Planalto Central contribuiu para que se tornasse um importante polo econômico da região (PEREIRA, 2009) sendo considerado um centro estratégico para áreas como indústria, medicina, moda e agricultura. Contudo, como todo centro urbano tem enfrentado desafios como desigualdade social, crescentes problemas de trânsito, índices de criminalidade elevados e o clima seco, decorrente da poluição e pela localização no cerrado brasileiro. Entretanto, Goiânia destaca-se entre as capitais brasileiras que



possui o maior índice de área verde por habitante do Brasil, ultrapassada apenas pela cidade Edmonton em todo o mundo (BIASETTO; AMARO, 2008).

No ano de 2013, conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), Goiânia contou com uma população aproximada de 1 393 579 habitantes, sendo a sexta maior cidade do Brasil em tamanho, com 256,8 Km<sup>2</sup> de área urbana e o décimo segundo município mais populoso do Brasil (IBGE, 2010). A Região Metropolitana de Goiânia possui 2 206 134 habitantes, o que a torna a décima região metropolitana mais populosa do país (BIASETTO; AMARO, 2008).

Na área da saúde, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2009 Goiânia dispunha de um total de 777 estabelecimentos de saúde. Desse total, 105 são públicos e 672 privados. Juntos, dispunham no seu conjunto de 4 947 leitos para internação, sendo que quase 3 900 são privados (IBGE, 2010).

Ainda segundo o IBGE (2010), a cidade também conta com atendimento médico ambulatorial em especialidades básicas, atendimento odontológico nas unidades públicas e conveniadas que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O panorama geral da saúde no município de Goiânia pode ser visualizado nos dados coletados no Datasus (2014), sendo os anos de referência, 2012 e 2013. O Quadro 1 ilustra o número de consultas realizadas pelo Sistema Único de Saúde no ano de 2012.

**Quadro 1: Número de consultas pelo Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana**

Número consultas por Região Metropolitana segundo Região Metropolitana			
Unidade da Federação: Goiás			
Região: Região Centro-Oeste			
Região Metropolitana: RM de Goiânia			
Capital: Goiânia			
Período: 2012			
	Região Metropolitana	RM de Goiânia	Total
TOTAL		3.310.650	3.310.650
RM de Goiânia		3.310.650	3.310.650

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Em relação ao número de consultas realizadas pelo Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana no ano de 2012, os dados mostram um total de 3.310.650 consultas por ano, um número insuficiente para uma população de 2.206.134 habitantes, que dá um total mensal de aproximadamente 275.000 consultas, o que demonstra a grande demanda pelos serviços na rede pública de saúde e o quanto a mesma não atende de forma satisfatória a população.

O Quadro 2 ilustra o número de internações no mês de novembro de 2013<sup>19</sup> na rede pública em Goiânia.

#### **Quadro 2: Número de consultas pelo Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana**

Internações por Reg.Metropolitana segundo Ano/mês processamento

Período: Nov/2013

Ano/mês processamento	Grande Goiânia - GO	Fora Reg.Metr. - GO	Total
2013	14.927	8.395	23.322
..Novembro/2013	14.927	8.395	23.322
<b>TOTAL</b>	<b>14.927</b>	<b>8.395</b>	<b>23.322</b>

**Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES**

Em relação ao número de consultas no ano seguinte, com análise no mês de novembro, os de internações na rede pública de saúde representam um total aproximado de 12%. Por se tratar de referência mensal, pode-se considerar este índice expressivo, sendo que, nesta análise, não está inclusa a rede privada. Podemos também perceber o caráter de ações curativas e não preventivas da saúde pública.

O Quadro 3 ilustra o número de estabelecimentos que realizam atendimento em saúde na capital goiana.

<sup>19</sup> Não foram encontrados dados anuais no consolidado do Datasus.

### Quadro 3: Tipos de estabelecimentos

Reg.Metropolitana: Grande Goiânia - GO  
Período: Nov/2013

Tipo de Estabelecimento	Grande Goiânia - GO	Total
TOTAL	3.370	3.370
ACADEMIA DA SAÚDE	1	1
CENTRAL DE REGULAÇÃO	4	4
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	2	2
CENTRO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA-CASF	1	1
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPIA F/OU HEMATOLOGIA	1	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	20	20
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	245	245
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	3	3
CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	552	552
CONSULTÓRIO	1.615	1.615
COOPERATIVA	7	7
FARMÁCIA	5	5
HOSPITAL ESPECIALIZADO	68	68
HOSPITAL GERAL	78	78
HOSPITAL DIA	4	4
POLICLÍNICA	128	128
POSTO DE SAÚDE	13	13
PRONTO ATENDIMENTO	17	17
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	1	1
PRONTO SOCORRO GERAL	9	9
SECRETARIA DE SAÚDE	28	28
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE)	4	4
UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	476	476
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	14	14
UNIDADE MISTA	2	2
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	51	51
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	20	20
TELESAÚDE	1	1

**Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES**

Esses dados demonstram que existem estabelecimentos diferenciados, que atendem serviços na área da saúde e, dentre eles, os números mais expressivos são de consultórios, sendo 1615, central de regulação de serviços de saúde 552 e unidades de serviços de apoio e diagnose 476. Os demais se referem a hospitais, pronto atendimento, com destaque para unidade móvel terrestre, que são apenas 20.

Conforme dados descritos no quadro 3, a cidade conta com 150 hospitais e um deles é o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC), cujo atendimento é amplo e os serviços oferecidos são em todas as áreas da saúde, ficando para esta instituição uma grande carga de responsabilidade, já que a mesma possui suporte técnico-científico e humano capaz de atender uma parcela representativa do Estado de Goiás nas mais diversas patologias.

O HC da Universidade Federal de Goiás<sup>20</sup> desenvolve ensino, pesquisa e extensão. Sua atuação está apoiada nos princípios de desenvolvimento da assistência, em harmonia com o ensino, a pesquisa e a extensão, valorizando o paciente como a razão de seu existir. O Hospital das Clínicas integra-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), sem prejuízo dos objetivos fundamentais da Universidade Federal de Goiás UFG, integrando-se às Unidades Assistenciais da região, visando uma assistência regionalizada e hierarquizada, constituindo-se em um hospital de referência no nível federal, estadual e municipal, tendendo à descentralização do controle de pessoal, de material e de orçamento, resguardando-se a unidade normativa da Universidade Federal de Goiás.

Vale ressaltar que o Hospital das Clínicas foi fundado em 23 de fevereiro de 1962, tendo iniciado suas atividades com 67 funcionários e 60 leitos, distribuídos entre as Clínicas Médica, Cirúrgica e Ortopédica. A ideia de criação do Hospital das Clínicas partiu dos professores Francisco Ludovico de Almeida, Geraldo Pedra, Joffre Marcondes Rezende, Luiz Rassi e pelas enfermeiras Maria da Conceição Viana (Irmã Ângela) e Maria Aparecida Veloso (Irmã Celeste).

Apesar de ter sido inaugurado em 1962, a construção do edifício do Hospital das Clínicas já havia sido iniciada no ano de 1941, sob a responsabilidade do Governo do Estado que, diante da necessidade de criar um Hospital Geral para oferecer atendimento médico à população não previdenciária (àqueles que não eram segurados do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social INAMPS), decidiu construir este hospital. Contudo, a obra não chegou a ser concluída por falta de recursos, e o prédio passou então a ser ocupado pela Escola de Engenharia.

Posteriormente, o professor Francisco Ludovico idealizou a criação de uma Faculdade de Medicina em Goiás, com o intuito de formar profissionais médicos que pudessem atender às populações rurais dos municípios do interior. Para tanto, lutou pela desocupação da área pela Escola de Engenharia e sua desapropriação pelo Governo do Estado, para que ali pudesse ser concretizado seu projeto de

---

<sup>20</sup> Todas as informações referentes ao Hospital das Clínicas foram retiradas do Site UFG e documentos da Instituição

criação da Faculdade de Medicina e do futuro Hospital das Clínicas. Na época, o professor Francisco Ludovico tece apoio do então Governador do Estado e seu pai, José Ludovico de Almeida, além do importante apoio do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira (1956-1961).

Desse modo, em 24 de abril de 1960, foi inaugurada a Faculdade de Medicina de Goiás e o professor Francisco Ludovico nomeado seu diretor. Dois anos depois ocorre a inauguração do Hospital das Clínicas, criado para atender às necessidades de estágio dos alunos da primeira turma da Faculdade de Medicina, mantido pelo Governo do Estado e o Ministério da Educação. Em 1961, ocorreu a transferência patrimonial da Faculdade de Medicina para a Universidade Federal de Goiás e, juntamente com ela, o Hospital das Clínicas. O Ministério da Educação e Cultura (MEC) passou, então, a ser seu principal mantenedor.

O HC, desde a sua fundação, é vinculado ao Ministério da Educação, sendo o maior hospital da Região Centro-Oeste, o HC tem como missão o compromisso com o ensino, a pesquisa e a assistência. É utilizado como campo de estágio de cursos da área da saúde e conta com residência multiprofissional há pouco mais de três anos. Referência em diversos serviços, essa unidade de saúde realiza atendimento terciário e de urgência/emergência aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS de diferentes regiões do país, bem como de todo o Estado de Goiás e da capital.

O HC, atualmente, é considerado como uma unidade de referência em atendimento de alta complexidade e também importante polo de produção de conhecimento na área da saúde. É certificado como Hospital de Ensino pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde.

Além de ser referência no Estado de Goiás, é também nacionalmente reconhecido com os atendimentos dos programas do Centro de Referência em Tratamento e Pesquisa em Epilepsia (CERTEPE); o Programa de Atendimento ao Chagásico; a Liga de Hipertensão Arterial(adulto e criança); o Programa de Atendimento a Paciente Mastectomizado; Centro de Referência em Oftalmologia (CEROF), dentre outros. É importante destacar que o CEROF, reconhecido

internacionalmente, é o terceiro maior serviço de oftalmologia universitário do país que atende pelo Sistema Único de Saúde.

As atividades desenvolvidas no HC englobam, dentre outras, o Ambulatório e Clínica de Ortopedia, que também conta com atendimento de urgência 24 horas nesta especialidade. O acesso ao atendimento, desde 2007, é feito através da regulação aos serviços, via Secretaria Municipal de Saúde, sendo assim, o paciente deve consultar primeiramente nos Cais<sup>21</sup> de Goiânia para serem encaminhados ao Hospital das Clínicas ou ainda virem regulados via Secretarias Municipais quando forem do interior do estado.

Devido ao HC ser um centro de referência em ortopedia, a procura pelo serviço é cada vez maior, e diversos fatores contribuem para esse crescimento, dentre os quais podemos destacar: a falta de investimento dos governos para construção de mais hospitais em Goiânia, a queda do poder aquisitivo da população que cada vez mais utilizam dos serviços públicos, o aumento de acidentes de trânsito, entre outros.

Assim como os demais serviços, a procura pela cirurgia de quadril (artroplastia), que é uma das subespecialidades atendidas no ambulatório de ortopedia, não é diferente, uma vez que há fila de espera pela cirurgia, o que gera transtornos na vida dos pacientes.

A necessidade da colocação de prótese no quadril (artroplastia), é causada pela doença articular degenerativa, osteoartrose ou osteoartrite e está entre as afecções reumáticas prevalentes no cenário mundial sendo identificada como uma das causas mais frequentes de incapacidade laborativa após os 50 anos (SILVA, *et al.*, 2008). Trata-se de uma doença de progressão lenta e idiopática, na qual ocorre um processo gradativo de degeneração das articulações sinoviais, que ocorre em períodos avançados da vida ou como consequência de algum traumatismo (BUCKWALTER, *et al.*, 2004, e Jackson, *et al.*, 2001).

---

<sup>21</sup> Estabelecimento que conta com assistência médica com pequena incorporação de tecnologia e dispendo continuamente de profissionais, como médicos e enfermeiros. Apresenta-se com maior frequência nas regiões economicamente mais desenvolvidas e tanto nas cidades de pequeno, médio e grande porte, atuando nos níveis de atenção primária e secundária, e na modalidade ambulatorial.

Vale ressaltar, conforme já mencionado, que a saúde em nosso país começou a passar pelo processo de privatização na década de 1980, com a inserção do projeto neoliberal, cujo ideário permanece nas ações dos governantes do nosso país desde então.

O gerencialismo<sup>22</sup> neoliberal, que marcou o Brasil na década de 1990 até hoje, é retroalimentado em todos os setores sociais e adentrou o campo da saúde marcando-o fortemente com os processos de terceirização que, conseqüentemente, caminha para a privatização do sistema.

O neoliberalismo e o cenário macroeconômico mundial devem ser acompanhados de perto por aqueles que militam por um sistema de saúde universal, integral e gratuito. Os países desenvolvidos atuam por meio de agências multilaterais internacionais, acordos comerciais e áreas de livre comércio para forçar a abertura de mercados para a forte indústria dos seguros saúde, farmacêutica e médico-hospitalar. O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial atuam como interlocutores do mercado financeiro e das grandes corporações, trazendo agendas recessivas para os países que recebem os famosos pacotes econômicos, que vêm em troca de arrochos nos orçamentos públicos, aumento dos juros, privatizações, corte nos gastos sociais e diminuição ou eliminação de regulamentos e leis que protegem o mercado interno e a sociedade (BORGES, *et. al.*, 2012, p. 14-15).

Benatar *et. al.*, *apud* Borges *et. al.* (2012), evidencia que o Banco Mundial, com uma política baseada na blindagem das economias neoliberais, propagou, durante os últimos 30 anos, a autonomia dos Bancos Centrais, que são os guardiões da política monetária de uma nação, em desfavor da interferência dos governos ou da sociedade civil organizada, submetidas às determinações do mercado financeiro.

Tal processo resultou em políticas de metas de inflação e arrocho fiscal, que na verdade não se constituíram em instrumentos de proteção da moeda, mas sim em justificativas para a manutenção de juros altos, garantindo ganhos exorbitantes aos grandes bancos e aos especuladores nacionais e internacionais. A consequência dessas políticas nos países periféricos tem sido o corte de gastos nas áreas sociais, como saúde e educação (BORGES *et. al.*, 2012).

---

<sup>22</sup> O gerencialismo neoliberal vem sendo responsável pela expansão do não-Estado, ou seja, da transferência cada vez maior do Estado de suas responsabilidades para o setor privado.

Nesse sentido, Amorim (2009) destaca que o orçamento da saúde e da assistência social é na atualidade um dos maiores desafios a serem enfrentados. Segundo esse mesmo autor, o orçamento da Seguridade Social é entendido como o principal instrumento de planejamento, execução e transparência dos recursos das funções Assistência, Saúde e Previdência.

Esse entendimento se dá melhor quando se considera que:

Em grande medida os discursos hegemônicos entendem os recursos da Saúde e da Assistência Social fundamentalmente como recursos de despesas correntes. Na visão ortodoxa liberal, os cortes das despesas “não financeiras” ou nas despesas correntes são avaliados como melhor caminho para reduzir a relação dívida pública/Produto Interno Bruto (PIB). Essa visão em geral desconsidera que a taxa de juros do Brasil está entre as maiores do mundo e que a consequência direta de um sistema baseado em juros altos é um aporte cada vez maior de recursos para o sistema financeiro e um esvaziamento tendencial dos sistemas públicos que compõem a economia política do trabalho, no qual o SUS e o SUAS são elementos fundamentais (AMORIM, 2009, p. 88).

Sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) partes fundamentais destes recursos, são reduzidos das despesas correntes em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), tal fato implica também na redução das Transferências Obrigatórias do Governo Federal para Estados e Municípios (AMORIM, 2009). Complementando, este autor ressalta que transferir parte das despesas e responsabilidades da União para Estados e Municípios, sem a devida descentralização da receita disponível, demonstra ser mais uma medida de ajuste fiscal das finanças públicas.

Conforme Salvador (2009), outra questão preocupante é que, apesar do crescimento das contribuições sociais ao longo do tempo, o governo retira por meio da Desvinculação das Receitas da União DRU, 20% dessa arrecadação. A título de exemplo, o autor cita que:

No período de 2000 a 2007, foram transferidos para o orçamento fiscal R\$ 279 bilhões, em valores atualizados pelo Índice Geral de Preços IGP-Disponibilidade Interna DI, que pertenciam às políticas da seguridade social. Esse montante equivale a cinco vezes o orçamento anual da saúde e a quase dez vezes o orçamento social pela Desvinculação das Receitas da União DRU têm participação relevante na composição do superávit primário, representando 63% da economia de recursos do governo federal no período (SALVADOR, 2009, p. 45).



Nessa perspectiva, ocorre uma apropriação dos recursos dos fundos sociais que integram a Seguridade Social para enfrentar os desafios postos diante do desequilíbrio fiscal e financeiro, revelando assim uma determinada política macroeconômica que prioriza nos gastos orçamentários o pagamento de juros da dívida externa, implicando assim no aumento dos gastos financeiros do governo com ênfase no capital financeiro (SALVADOR, 2009).

Sob o ponto de vista de Marques e Mendes (2009), a situação financeira da área da saúde, ao longo de todos os anos posteriores à Constituição de 1988, tem sido orientada por dois determinantes: a preocupação dada à Previdência no interior do orçamento da Seguridade Social e a política fiscal contracionista<sup>23</sup>, implementada pelo governo federal no campo social, decorrente de sua meta de redução de despesas.

Tal política não é foco apenas de governos já concluídos, já que no atual século esta realidade ainda é evidenciada. Como exemplo podemos citar as iniciativas contra o Sistema Único de Saúde por parte do governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva. De acordo com Marques e Mendes (2009), em todos os anos do primeiro governo deste presidente a equipe econômica tentou introduzir itens de despesas que não são considerados gastos em saúde no orçamento do Ministério da Saúde. Entre esses itens estão o pagamento de juros e despesas com a aposentadoria dos ex-funcionários desse Ministério.

Tal propósito não se consolidou devido à correlação de forças: ocorreram pressões, mobilizações advindas da sociedade civil organizada de entidades da área de saúde, como o Fórum da Reforma Sanitária, Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (Cebes), Associação Brasileira Rede Unida (Rede Unida)<sup>24</sup> e Associação Nacional do Ministério Público de Defesa (Ampasa), o Conselho Nacional de Saúde e a

---

<sup>23</sup> Compreende-se por política fiscal contracionista, a tomada de decisões que visa uma redução de gastos governamentais público ou aumento dos impostos, ou ainda uma combinação de ambos.

<sup>24</sup> A principal ideia força da Rede Unida é a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias. Foi criado em 1985 na cidade de Ouro Preto-MG. Reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema equitativo e eficaz com forte participação social.

Frente Parlamentar da Saúde que rapidamente se mobilizaram e fizeram o governo recuar (MARQUES e MENDES, 2009).

Também no governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva houve tentativas de diminuição do orçamento do Ministério da Saúde e ,apesar de diversos e intensos debates ocorridos entre entidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde e o Ministério do Planejamento, nada foi modificado acerca dessa questão.

Ainda de acordo com Marques e Mendes (2006):

Em fins de 2003 o governo federal encaminhou documento referente ao novo acordo com o Fundo Monetário Internacional, comunicando sua intenção de preparar um estudo sobre as implicações das vinculações constitucionais das despesas sociais saúde e educação sobre as receitas dos orçamentos da União, dos estados ou dos municípios [...] quando Lula foi eleito pela primeira vez pensava-se que não haveria obstáculos para que finalmente saísse a regulamentação do financiamento do SUS – EC 29 por meio da aprovação do PLP 01/2003, já que os temas tratados por ela haviam sido objeto de longa discussão entre representantes dos conselhos municipais e estaduais, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Tribunais de Contas dos Estados e Municípios e das demais entidades associadas à saúde pública (p. 72-73)

Contudo, a regulamentação da Emenda Constitucional 29 não se constituiu prioridade do governo do presidente, tendo sido retomada apenas em 2007, quando ressurgiu a discussão da continuidade da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF). Nessa época foi proposto, ao Projeto de Lei Complementar PLP 01/2003, um percentual mínimo de receitas de seu âmbito, um acréscimo escalonado da participação do CPMF que atingiria R\$ 24 bilhões em 2011.

Porém, tal proposta não resolveu a problemática do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo também permanecido no governo da Presidente Dilma Vana Rousseff, que ainda não conseguiu apresentar uma proposta inovadora para resolver as mazelas sociais.

No tocante à realidade dos Hospitais Universitários (HUs), mantidos pelo Governo Federal, cujos recursos também são advindos do Ministério da Saúde, a realidade parece ainda mais preocupante. Atualmente, uma das maiores ameaças, não só aos profissionais dos HUs, como também e principalmente à população

usuária, é a privatização com a implementação imposta da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)<sup>25</sup>, iniciada no governo do Presidente Luis Inácio Lula da Silva com a Medida Provisória (MP) nº 520/2010<sup>26</sup> (BRASIL, 2010).

Porém, esta não foi aprovada devido às inúmeras manifestações populares organizadas pelos sindicatos de várias categorias, estudantes, professores e ainda paralisações nos diversos HUs do país. O Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG) abraçou essa luta com a participação efetiva das assistentes sociais, decisiva nesse movimento.

O governo, com sua incansável decisão de privatizar os HUs, mais uma vez edita um Projeto de Lei Nº 1749 (BRASIL, 2011), já no governo da Presidente Dilma Vana Rousseff. Este foi aprovado, consolidado na Lei nº 12.550<sup>27</sup> (BRASIL, 2011) que autoriza a criação da EBSERH, apesar das lutas e manifestações dos segmentos populares e dos movimentos sociais.

A EBSERH é uma empresa pública de direito privado, criada pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com estatuto social aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, bem como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal de 1988, a autonomia universitária. As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde estão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No desenvolvimento de suas atividades de assistência à saúde, a

---

<sup>25</sup> A EBSERH é uma Empresa pública de direito privado que apesar das entidades governamentais reiterarem que esta não é a privatização dos hospitais universitários, os movimentos sociais e de saúde têm denunciado que ela carrega o gene da privatização das políticas públicas, além de flexibilizar os direitos dos trabalhadores do serviço público. A lei que cria esta empresa, além de permitir a transferência da execução das políticas sociais à instituições de direito privado, permite também a execução de contratos de gestão sem o controle social. Os movimentos sociais denunciam que a EBSERH é uma forma de assegurar o projeto neoliberal em curso no Brasil (ANDES, 2012).

<sup>26</sup> Para melhor aprofundamento, ver na íntegra a Medida Provisória (MP) n.º 520/10 (BRASIL, 2010)

<sup>27</sup> Ver a íntegra da Lei n.º 12.550/11 (BRASIL, 2011)

EBSERH observará as diretrizes e políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde<sup>28</sup>.

Bravo<sup>29</sup>, numa entrevista concedida à ANDES<sup>30</sup> explica de uma forma clara os principais prejuízos que advirão com a adesão dos hospitais universitários à EBSEH:

**“Para o cidadão, por que a Ebserh é ruim?”**

**Bravo** - Um exemplo claro diz respeito aos planos de saúde, pois abre brecha para que exista, de forma oficiosa, uma prioridade de atendimento aos usuários desses planos. Outra questão é a rotatividade de pessoal, que cria um atendimento de má qualidade. Na perspectiva da Ebserh, os contratos devem ser de, no máximo, cinco anos. Consequentemente, não fixa o trabalhador de saúde, que não cria vínculo e compromisso com a instituição. O primeiro edital, que foi na Universidade Federal do Piauí, foi para contratação por seis meses. Como a Ebserh tem um contrato com a universidade, ela não pode fazer contratos longos, pois a universidade pode romper. Com isso, os profissionais de saúde terão sempre insegurança no trabalho. Outra questão é que a gestão empresarial acaba selecionando algumas patologias e algumas pessoas. Um exemplo: se a pessoa hoje tem várias doenças crônicas ela dificilmente consegue se internar na rede privada. Colocam barreiras, pois ela é cara. Se houver uma gestão empresarial no sistema público, esse doente crônico ficará sem atendimento. Muita gente não vai conseguir colocar o pé no hospital porque será barrada na porta. Entendemos que a assistência deva ser integral, pois o paciente não necessita só da cura. Ele precisa ter uma assistência multiprofissional. Esse olhar diferenciado que o sistema público ainda tem será perdido com essa gestão “flexível” da Ebserh.

**Como a Ebserh afetará a formação de novos profissionais?**

**Bravo** - Será uma gestão produtivista, com meta de produção e de trabalho, que vai acabar com a qualidade da formação. Sabemos que há uma rede de ensino privado sedenta de espaços para estágios de formação. Então, com a Ebserh, os hospitais das universidades federais e estaduais poderão fazer contratos com essas instituições particulares para receber os alunos de instituições privadas. E isso com recursos públicos, que será transferido para a iniciativa privada. As pesquisas também vão ficar prejudicadas, pois a autonomia do pesquisador ficará prejudicada, pois ele ficará vinculado a quem paga. A questão da Ebserh, como de todas as parcerias público-privadas, é que é uma forma de privatização.

**Os trabalhadores da Ebserh serão regidos pelo RJU?**

**Bravo** - Não, haverá, isso sim, uma precarização do trabalho. Os contratos serão pela CLT, o que vai de encontro à luta histórica dos trabalhadores das áreas da saúde e da educação por concurso público. É um contrassenso

<sup>28</sup> Disponível em <http://portal.mec.gov.br>

<sup>29</sup> Maria Inês Souza Bravo, Assistente Social; pós-doutora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ), Presidente da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde – surgiu em 2010, em um Seminário no Rio de Janeiro, a partir de uma articulação de quatro fóruns: Rio de Janeiro, Alagoas, Paraná e São Paulo. Tem como princípios fundamentais a defesa do SUS 100% público, estatal e de qualidade e uma posição contrária à privatização da saúde. A Frente remonta historicamente ao Movimento de Reforma Sanitária construída nos anos de 1980, que articulava uma perspectiva mais ampla da saúde, a partir da determinação social do processo saúde-doença e de uma discussão sobre um novo projeto societário. Em entrevista concedida à ANDES em 2012.

<sup>30</sup> Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior.

em relação ao acórdão do TCU, que em 2006 determinou que o governo federal regularizasse a situação dos hospitais universitários por meio de concurso público e por contratação via o Regime Jurídico Único. Isso é muito grave. A lei diz, inclusive, que nos primeiros cinco anos haverá processo seletivo simplificado por dois anos, renovado por mais dois anos, com um acréscimo de mais um ano. Isso é um precedente, pois a gente não sabe depois se vai ter concurso público. É uma porta para o clientelismo. Para a Frente, a Ebserh é toda ceivada de inconstitucionalidade. A lei diz que ela não vai quebrar a autonomia universitária, mas, na prática, vai, já que há um artigo que diz que a Ebserh está autorizada a fazer contratos de pessoal, compras e a gestão do hospital universitário. Ou seja, materialmente quebra a autonomia e, por tabela, o vínculo com a universidade. A saída para os hospitais universitários está no concurso público e não na Ebserh. Defendemos a qualidade dos hospitais universitários, com financiamento e concurso público.

Nesse sentido, as assistentes sociais e demais profissionais do HC/UFG, têm como desafio permanente a defesa intransigente deste hospital e dos interesses de seus usuários, pois sua privatização representará a perda de direitos que foram conquistados ao longo de décadas de lutas.

A seguir, discute-se o trabalho do assistente social no contexto de lutas pela consolidação dos direitos sociais de saúde no Hospital das Clínicas.

#### **2.4. O profissional de Serviço Social num contexto de lutas pela consolidação dos direitos sociais de saúde**

Frente às dificuldades de acesso enfrentadas pelos usuários do sistema de saúde público, o Serviço Social ocupa um papel de fundamental importância.

De acordo com Yamamoto (2008):

A análise do Serviço Social no âmbito das relações sociais capitalistas visa superar os influxos liberais que grassam as análises sobre a chamada “prática profissional”, vista como prática do indivíduo isolado, desvinculada da trama social que cria sua necessidade e condiciona seus efeitos na sociedade (p.168).

Desta maneira, o profissional atua como um trabalhador que se coloca ao lado do usuário e busca estratégias para que o mesmo tenha acesso aos serviços de saúde com qualidade. Nesse sentido, ele atua buscando meios para amenizar as

mazelas sociais inseridas na questão social e seus reflexos que assolam as classes economicamente menos favorecidas.

E, conforme Yamamoto, (2008):

[...] decifrar as novas mediações através das quais se expressa a questão social na cena contemporânea é de fundamental importância para o Serviço Social em uma dupla perspectiva: para que se possa apreender as várias expressões que as desigualdades sociais assumem na atualidade e os processos de sua produção e reprodução ampliada; e para projetar e forjar formas de resistência e de defesa da vida. Formas de resistência já presentes, por vezes de forma parcialmente ocultas no cotidiano dos segmentos majoritários da população que dependem do trabalho para a sua sobrevivência (p. 46).

Os reflexos da questão social na perspectiva do sistema de saúde também são desafios para o Serviço Social e, para Bravo e Matos (2008), trata-se de implantar um projeto-político que esteja relacionado à Reforma Sanitária, capaz de atender às necessidades da população.

Esses mesmos autores afirmam ainda que o projeto político econômico, consolidado no Brasil nos anos 1990, com ideário neoliberal confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social. A partir das contradições evidenciadas é que surgem as demandas para o Serviço Social, no sentido de redesenhar um projeto de que venha ao encontro com uma Reforma Sanitária acessível e não sustentada pela política de ajuste, com tendências a contenção de gastos e racionalização da oferta de serviços.

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social entre outras demandas, seleção socioeconômica 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 atual projeto de Reforma Sanitária vem apresentando como principal demanda que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às 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 à participação cidadã (BRAVO e MATOS, 2008, p. 206).

É importante mencionar que todas estas demandas precisam ser inseridas no projeto ético-político do Serviço Social, sendo esta uma possibilidade de equacionar o acesso aos usuários do sistema de saúde. Este projeto precisa, necessariamente, se sustentar nos princípios consagrados na Carta Magna em

detrimento ao atual programa de governo apresentado pelo ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva e apoiado pelo atual governo da presidente Dilma Vana Rousseff.

Segundo Bravo e Matos (2008), no programa de governo de Lula, a saúde era entendida como um direito fundamental e havia o compromisso em garantir o acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. Contudo, ainda se encontram em processo de discussão dois projetos: a Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

As fundamentações do projeto de Reforma Sanitária perpassam pela democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços, com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade, e equidade das ações. A saúde é concebida, assim, como um direito universal e dever do Estado.

Também no contexto do Serviço Social ainda se presencia este tipo de dualidade, pois há aqueles profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar como assistente social, recuperando uma autoapresentação de sanitaristas. A segunda tendência, mais forte, é a de resgatar, no exercício profissional, um privilegiamento da intervenção no contexto das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos que se autodenominam, pelos seus executores, de “Serviço Social Clínico”. A reflexão que Bravo e Matos (2008) fazem é de que o problema não é do profissional buscar formação na área da saúde, e sim quando este assume cargos de direções, já que ele não se vê mais como um Assistente Social, como se suas ações como tal, só diz respeito quando são executadas diretamente com os usuários, o que Netto (1998) denomina de execução terminal da política social. Estes profissionais desconsideram que as novas demandas como gestores, assessoria e pesquisa, constam no arcabouço legal da profissão.

Para Bravo e Matos (2008) o objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem

no processo saúde-doença, é a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.

De acordo com Castro e Oliveira (2011) a área da saúde, tradicionalmente grande empregadora de assistentes sociais, mostra-se um campo fértil para o exercício profissional, apesar de se reconhecer as dificuldades apresentadas por um contexto neoliberal, de enxugamento das políticas públicas e de despolitização da sociedade. Aliado a esse direcionamento, compreende-se também que o trabalho em saúde é resultante da dinâmica da macroestrutura de sua produção, englobando a organização social da produção dos serviços, as organizações corporativas, os projetos profissionais coletivos, as políticas de saúde e as relações estabelecidas entre os conhecimentos, instrumentos e o trabalhador.

Louzada e colaboradores (2007), citados por Castro e Oliveira (2011), sinalizam que, no trabalho em saúde, a cooperação é um elemento central na realização do trabalho e no processo de tomada de decisões, sendo a produção do cuidado formulada a partir da convergência entre diferentes experiências, porém amparadas em uma mesma referência ética.

Assim, as ações não são de ordem somente executora e nem guiadas somente por escolhas individuais, já que sempre há envolvimento em normas antecedentes que foram construídas de forma coletiva ao longo da história.

Castro e Oliveira (2011) ainda ressaltam que considerando a compreensão de que as necessidades de saúde possuem uma expressão múltipla – social, psicológica, biológica e cultural e que tanto o conhecimento quanto as intervenções sobre o processo saúde-doença fazem parte de um intenso processo de especialização, compreende-se que nenhum sujeito isolado pode realizar a totalidade das ações em saúde que são apresentadas por usuários individuais ou coletivos.

Nesse sentido, Bravo e Matos (2008) complementam dizendo que o trabalho do assistente social 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 de Reforma Sanitária e ético-político do Serviço Social.



Para os autores citados acima, é sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários.

O acesso às políticas públicas de saúde, instituídas como direito, perpassa por lutas históricas. O Estado, no papel de principal mantenedor, deveria garantir esse acesso, mas a plena efetivação do neoliberalismo na sociedade brasileira faz com que os interesses sejam voltados, substancialmente, ao capital. À população cabem apenas programas que são voltados para o enfrentamento da pobreza, garantindo o mínimo das necessidades do cidadão para sua sobrevivência.

Desse modo, compreende-se que cabe a este profissional a construção de uma ação articulada com outros segmentos que defendam a implementação do Sistema Único de Saúde e que estas estratégias possam reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que realmente promovam o acesso, a universalização e a equidade.

No próximo capítulo apresenta-se o mapeamento e as implicações sociais dos pacientes atendidos no ambulatório e clínica de ortopedia do Hospital das Clínicas, o qual apresenta as dificuldades enfrentadas por esses pacientes no processo de tratamento.

### **CAPÍTULO 3. O MAPEAMENTO E AS IMPLICAÇÕES SOCIAIS DOS PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO E CLÍNICA DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS – UFG**

A participação mais efetiva do assistente social no setor saúde no Brasil foi ocorrendo de maneira gradativa, e mais especificamente após a década de 1980. As mudanças ocorridas no campo de atuação deste profissional ocorreram paralelamente às transformações político-econômico-sociais.

De acordo com lamamoto (2008), é no contexto da globalização mundial sobre a hegemonia do grande capital financeiro, das relações estabelecidas entre o capital bancário e o grande capital industrial, que se testemunha a revolução técnico científica de base microeletrônica, inaugurando novos padrões de produzir e de gerir trabalho.

lamamoto ressalta que: “é necessário estabelecer uma sintonia do Serviço Social com os novos tempos. Essa sintonia requer o rompimento com a visão endógena, focalista, uma visão “de dentro” do Serviço Social, prisioneiro em seus muros internos” (2008, p. 20). Ou seja, essa sintonia requer um novo olhar sobre a questão social no qual o profissional seja capaz de colocar como interventor entre os dilemas apresentados pelo cidadão e as possibilidades de intervenção, a fim de que suas necessidades possam ser atendidas.

Conforme lamamoto (2008):

Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (p. 25).

lamamoto (2008) pontua que estes novos tempos que surgem marcados pela acumulação do capital não é parceiro da equidade, ou seja, não combina com igualdade. Há nesse contexto um profundo agravamento das diferentes expressões da questão social, de base sócio-histórica de requisição social da profissão.

Isso porque segundo Iamamoto (2008):

A linguagem de exaltação do mercado e do consumo, que se presencia na mídia e no governo corre paralela ao processo de crescente concentração de renda, de capital e de poder. Nos locais de trabalho, é possível atestar o crescimento de demanda por serviços sociais, o aumento da seletividade no âmbito das políticas sociais, a diminuição dos recursos, dos salários, a imposição de critérios cada mais restritivos nas possibilidades da população ter acesso aos direitos sociais, materializados em serviços sociais públicos (p. 18-19).

Este aumento de demanda por serviços sociais, por parte dos usuários, exige um profissional capacitado no enfrentamento da questão social. É importante mencionar que na medida em que estas demandas se fazem cada vez mais presentes, os mecanismos disponíveis para a atuação do assistente social também necessitam ser repensados, pois sabe-se que esta atuação está associada às políticas públicas e sociais existentes.

Estas políticas foram formuladas paralelamente ao desenvolvimento da participação do assistente social frente às demandas surgidas no seio da sociedade nos últimos sessenta anos.

Para compreender como se deu esta participação será feita uma retomada histórica do contexto de lutas destes profissionais, mais especificamente depois do Golpe de 1964<sup>31</sup>.

De acordo com Bravo (2010):

O Serviço Social enquanto profissão histórica e socialmente determinada sofreu profundas modificações no pós-64, que tiveram rebatimento na prática do assistente social na saúde com novas exigências advindas da política de saúde e da reorganização institucional do setor, dos movimentos sociais e das conjunturas em questão. Essas alterações foram ocorrendo articuladas às transformações vividas pelo país, da ditadura à transição política (p. 96).

Considerando as afirmações da autora (Bravo, 2010), é importante ressaltar que durante o período militar os assuntos referentes aos dilemas sociais praticamente ficaram esquecidos, pois deve ser lembrado que assim que os militares

---

<sup>31</sup> O Golpe Militar de 1964 faz parte de um conjunto de eventos ocorridos em 31 de março de 1964 no Brasil que posteriormente veio resultar em golpe de estado que interrompeu o governo do presidente João Belchior Marques Goulart, popularmente conhecido como Jango.

assumiram o poder legislativo as camadas populares foram afastadas dos processos de discussão.

Outro ponto citado por Netto (1989), é que o rearranjo da profissão não teve como causalidade apenas as condições internas, mas foi propiciado por vários determinantes, com destaque para a dinâmica da crise do ciclo ditatorial que poderia ser verificada em grande dimensão.

Componentes da relação entre a autocracia burguesa e o Serviço Social operaram para a manutenção das modalidades de intervenção que matrizavam a profissão desde os anos 50. Entretanto, a instauração de novas condições, com a reorganização do Estado e as modificações profundas na sociedade, especialmente em dois níveis: o da prática e o da formação profissional (NETTO, 1989 p. 360).

O processo de modernização conservadora produziu um espaço nacional para os profissionais, neste caso, os assistentes sociais, associados à reestruturação do Estado, preparado para gerenciar o desenvolvimento em proveito dos monopólios, com a elaboração de políticas setoriais e todo um conjunto organizado de planejar e executar tais políticas que se refletiram, *a priori*, no sistema previdenciário.

Estas políticas alteraram o conjunto de instituições e aparatos governamentais que vieram interferir na questão social, sendo a principal delas a exigência de diferenciação e especialização das atividades dos profissionais com a inserção dos serviços públicos, sendo estes resultantes das políticas sociais apresentadas na década de 1960.

De acordo com Bravo (2010), essa reformulação motivou a extensão quantitativa da demanda dos quadros técnicos do Serviço Social, bem como um novo padrão de exigências para o seu desempenho, ajustado ao processo de burocratização das estruturas organizacionais mais complexas e com distintas interconexões.

A análise de Martins (1979) sobre as políticas sociais desta década é de que estas eram viabilizadas por meio de programas sociais, cujo intuito era a reprodução da força de trabalho e a obtenção de investimentos econômicos, exigindo-se para isso ser burocratizada e modernizada.

Para atuar nesse contexto exigia-se um profissional especializado no manejo da burocracia desses organismos para a implementação de propostas. Sendo assim, os assistentes sociais passaram a se preocupar com um novo *status* profissional que fosse capaz de lhe oferecer uma posição mais elevada na divisão social e técnica do trabalho.

Desse modo, Bravo (2010) ressalta que:

Com relação ao perfil da formação profissional, o impacto operado pelo ingresso na universidade foi multifacetado e contraditório. Por um lado, propiciou a interação das preocupações técnico-profissionais com as disciplinas vinculadas às chamadas ciências sociais, numa profissão com ausência de fortes tradições intelectual e investigativa; mas essa articulação se deu numa conjuntura que imprimiu sequelas no quadro educacional e cultural do país, em que as disciplinas sociais foram perpassadas pelo viés tecnocrático e asséptico. De outro lado, a expansão dos cursos exigiu o recrutamento de novo pessoal docente, principalmente entre profissionais jovens, que, pelas suas permanências nos marcos acadêmicos, com possibilidades de dedicações e envolvimento intelectuais inexistentes para os docentes de períodos anteriores, puderam acumular reservas de forças e engendrar no âmbito do Serviço Social, uma massa crítica antes inexistente (p. 97-98).

A mudança de um modelo conservador para outro mais democrático contribuiu para a redefinição de uma nova legitimação deste profissional, que também procurou atender às novas exigências do mercado de trabalho. Netto (1998), afirma que, desde então, houve renovação com o surgimento de diversas propostas de nível teórico-metodológico, com diferenças ideológicas e concepções interventivas.

Contudo, o sistema de governar altamente repressor dos militares não contribuiu para que o assistente social conseguisse redefinir seu papel, já que, nesse período, assim como as demais classes trabalhadoras, foram privados de expor seu ponto de vista e de participar dos debates voltados para as melhorias sociais.

Conforme Bravo (2010), foi somente a partir da década de 1970 que a bibliografia produzida pelo movimento de reconceituação da América Latina editada de modo particular pelo Esquema Conceitual, Referencial e Operativo ECRO<sup>32</sup> se

---

<sup>32</sup> ECRO é um modelo científico definido como uma simplificação ou abordagem dos fatos naturais estudados, que por sua construção lógica enriquece a compreensão desses fatos, ou seja, que o modelo é um instrumento que por analogia nos permite a compreensão de certas realidades.

inseriu no país. No período de 1965 a 1975 surgiu uma instituição extrauniversitária, o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais – CBCISS, constituindo-se no principal veículo responsável pela produção e reprodução teórica do Serviço Social, com a realização de seminários e publicações como o de Araxá em 1967 e o de Teresópolis em 1971.

Na área da saúde, os assistentes sociais ampliaram sua atuação em razão do surgimento do complexo previdenciário de assistência médica. No entanto, com a estruturação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, o Serviço Social deixou de se subordinar à presidência dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs passando a nível de coordenadoria, com o aumento de suas atividades e programas, tendo sido criada ainda a Secretaria de Bem-Estar, órgão de direção do INPS, cujo intuito era promover atividades assistenciais de cunho educativo, visando a integração social do beneficiário. Bravo (2010) afirma que essa secretaria, no nível Nacional, foi estruturada com três coordenadorias: Serviço Social, Reabilitação Profissional e Planejamento.

Durante o período de 1965 a 1970, a modernização conservadora implantada no país, exigiu uma renovação do Serviço Social, devido às novas estratégias de controle e repressão efetivadas pelo Estado e o capital sobre a classe trabalhadora. O grande responsável pela elaboração teórica do Serviço Social neste período foi o Centro Brasileiro de Cooperação em Serviços Sociais (CBCISS). Este disseminou a perspectiva modernizadora, no intuito de adaptar a profissão às exigências da época impostas pelos processos sociopolíticos pós-1964. Estas teve como aportes extraídos do estrutural-funcionalismo norte-americano, sem se preocupar com a ordem sociopolítica e sim de inserir a profissão num molde teórico-metodológico (BRAVO, 2008).

No entanto, consideramos importante destacar como o Serviço Social estava na década de 1980 e sua relação com a Reforma Sanitária. Significou o amadurecimento da profissão na academia e entidades representativas, com a intenção de ruptura com o Serviço Social Tradicional e, com isso, a interlocução real com a tradição marxista. Mas, como a maioria dos profissionais estavam inseridos nas Universidades, espaço considerado de renovação da profissão, pouco se

acrescentou nas intervenções. E esta é considerada prioridade para mudanças no caso da ruptura para o cotidiano dos serviços (BRAVO, 2008).

Assim, as três direções da profissão: a modernização, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional, vieram a se refletir sobre o Serviço Social a partir de 1980. A categoria herda da ditadura militar o seu projeto de modernização conservadora, surgindo em cena social no processo de transição democrática com um novo perfil profissional e acadêmico, trazendo reflexões em parcela de produção acadêmico-profissional (IAMAMOTO, 2008).

A renovação do serviço social é explicada por lamamoto (2008) como sendo:

(...) uma tentativa de resposta à crise de legitimidade do Serviço Social. Trata-se de uma dupla crise de legitimidade: funcional e social. Para a crise de legitimidade funcional, ou seja, com os empregadores (basicamente o Estado), a saída consiste na tecnificação da prática profissional, dando lugar a uma perspectiva modernizadora do Serviço Social. Entretanto, quando é uma crise de legitimidade social (em relação às demandas dos usuários, ou dos segmentos sociais com os quais o Serviço Social trabalha), a saída consiste em romper com as tradicionais instituições empregadoras dos profissionais, isto é, principalmente, com o Estado, dando lugar a uma perspectiva refundacional ou de intenção de ruptura (p. 58).

Nota-se assim que a pretensão de reconstruir o Serviço Social não significa abandonar todo seu processo histórico construído num contexto de lutas. Trata-se de buscar uma modernização, sustentada nas múltiplas demandas trazidas pelos usuários desse serviço, que necessariamente exige um rompimento com a tecnificação das práticas profissionais e o compromisso com uma atuação sustentada nas necessidades dos usuários, assim como na busca de estratégias que viabilizam os serviços sociais necessários a cada individuo.

O assistente social, no atual século, também busca novos espaços de atuação. lamamoto (2009), ao tratar desse assunto, menciona que o espaço sócio-ocupacional do assistente social na atual sociedade está deixando aos poucos de ser aquele que era fruto do produto histórico, condicionado, tanto pelo nível de luta pela hegemonia que se estabelece entre as classes fundamentais e suas respectivas alianças e quanto pelo tipo de respostas teórico-práticas densas de conteúdo político dado pela categoria profissional.

Mas, segundo lamamoto (2009), o espaço profissional não pode ser tratado exclusivamente na ótica de demandas já consolidadas socialmente, sendo necessário, a partir de um distanciamento crítico do panorama ocupacional, apropriar-se das demandas potenciais que se abrem historicamente à profissão no curso da realidade (IAMAMOTO, 2009).

Nesse sentido, lamamoto (2009) menciona este profissional como trabalhador assalariado, sendo que, em nível nacional, aproximadamente 78,16% dos assistentes sociais atuam em instituições públicas de natureza estatal, sendo este percentual dividido entre as esferas municipais, estaduais e federais. Este profissional atua no planejamento e execução de políticas sociais, com destaque às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação entre outros (IAMAMOTO, 2009).

O trabalho do assistente social envolve políticas públicas sociais e de saúde e, segundo os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais (2010), no setor saúde cabe ao Serviço Social, numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS), formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atuando a fim de que o trabalho do assistente social se transforme num norte de um projeto ético político profissional articulado ao projeto da Reforma Sanitária (CFESS, 2010).

Em seguida discorre-se o atendimento da especialidade de ortopedia no Hospital das Clínicas, no qual se ressalta também o trabalho do assistente social nesse espaço frente às demandas apresentadas pelos pacientes e as disponibilidades de serviços.



### **3.1. O atendimento da especialidade de ortopedia no Hospital das Clínicas/UFG**

A Organização Mundial de Saúde estima que 10% da população mundial com idade acima de 60 anos sofrem de osteoartrose, sendo que 80% desta população têm restrição de movimentos e 25% apresentam limitações funcionais para desempenho das atividades cotidianas. Tanto a prevalência quanto a incidência da artrose aumentam com a idade a partir dos 40 anos. A prevalência tem padrões específicos relacionados à idade e ao gênero. Antes dos 50 anos, a prevalência é maior em homens do que mulheres e, após os 50 anos, mulheres são mais afetadas nas mãos, pés e joelhos, enquanto nos homens a osteoartrose de quadril parece ser mais frequente (CORTI & RIGON, 2003).

Entre os possíveis locais acometidos pela osteoartrose chama-nos atenção o quadril, tendo em vista ser mais incapacitante neste segmento ortopédico, levando a necessidade de colocação de prótese, por meio de tratamento cirúrgico denominado artroplastia de quadril. Trata-se de um procedimento cirúrgico realizado para substituição total ou parcial da articulação do quadril por próteses feitas de diferentes materiais tais como metal, cerâmica, titânio e polietileno (SILVA, 2011).

Existe no Hospital das Clínicas, HC, uma enorme demanda de pessoas que aguardam em grandes listas de espera para cirurgias ortopédicas, tais como a artroplastia de quadril. Estes pacientes são agendados por meio dos Cais e Secretarias Municipais de Saúde de Goiás e os pacientes advindos de outros Estados são agendados por meio do sistema de regulação. Em geral, estas pessoas descrevem o cansaço, as frustrações e muitas vezes culpabilizam as equipes médicas, de enfermagem e o serviço social como responsáveis por esta demora, isto quando já estão cadastrados como pacientes do HC.

A definição da prioridade para realização destas cirurgias é complexa e depende de muitas variáveis que dificultam a garantia de princípios básicos, como a universalização e equidade da atenção à saúde, garantidas pela Constituição Federal de 1988. Além disso, o HC também realiza muitas cirurgias ortopédicas

emergenciais, comprometendo a situação dos pacientes que aguardam pelo procedimento eletivo.

Para que um paciente consiga se inserir na lista de espera pela cirurgia de quadril, vários procedimentos são realizados. Primeiro ele deve ligar no número 08006461560 da prefeitura de Goiânia para agendamento nos Cais. Após essa primeira consulta, com clínico geral, ele é encaminhado para a especialidade de ortopedia geral, mas não imediatamente: ele aguarda em casa o contato telefônico para quando sair a vaga para essa nova consulta, que nem sempre é rápida, às vezes esperam por até seis meses. Após a segunda consulta, vai para a sub especialidade da ortopedia, a qual já é feita internamente no HC (chamada de interconsulta), para que o paciente não necessite retornar para rede básica e novamente ser encaminhado.

Sendo definida a necessidade da cirurgia, é agendado atendimento para o assistente social, que acolhe documentação do paciente, anexa ao prontuário e este é encaminhado para ser preenchido, pelo médico solicitante, um formulário denominado Autorização para Internação Hospitalar (AIH), o qual é encaminhado pelo Setor de Internação do HC, para avaliação e autorização pela diretoria de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da capital.

Uma vez aprovados, são financiados pelo Projeto de Cirurgias Eletivas do Ministério da Saúde (MS) ou por recursos próprios, advindos da Média e Alta Complexidade, conforme artigo 8º do SUS *As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, sendo que a Regulação recebe, em média, 200 pedidos de cirurgias eletivas, diariamente.*

Outros fatores que também dificultam o andamento da lista de espera se apresentam pela falta de hospitais públicos em Goiânia, com profissionais especialistas em ortopedia e a falta de investimento pelo governo federal<sup>33</sup>. Estas

---

<sup>33</sup> Conforme abordado na página 73 desta dissertação, o HC é uma unidade de referência em atendimento de alta complexidade, dentre outras especialidades, ortopedia, e também por ser unidade de atendimento 24 horas, o que

problemáticas poderiam ser solucionadas diante da ampliação do número de leitos, salas de cirurgias, quadro de médicos e outros profissionais (por concursos públicos), com salários dignos, propiciando a dedicação exclusiva ao hospital e, ainda, investimento em equipamentos de última geração, além da manutenção contínua dos que já existem.

Algumas providências foram tomadas para amenizar essa problemática no HC como, por exemplo, a contratação de mais três especialistas de pé, mão e joelho, para reforçar a equipe existente. Essas três especialidades são as que têm maior número de pacientes aguardando por cirurgia. Entretanto, essa medida não está sendo suficiente para resolver a grande fila. No serviço muitos pacientes, já cansados de esperar (alguns acerca de até três anos ou mais), procuram ajuda nos órgãos de defesa do cidadão, no caso específico, no Ministério Público, na tentativa de agilizar o procedimento.

Para cirurgia de artroplastia de quadril não é diferente. Em 2011, de janeiro até setembro, foram operados 12 pacientes. Existe, atualmente, uma fila de espera de aproximadamente 1115 pacientes para todas as subespecialidades de ortopedia, sendo 31 para artroplastia de quadril e o tempo de espera chega até 03 anos<sup>34</sup>. A média de idade dos pacientes é 55 anos e o maior número de pacientes que aguardam é de Goiânia: 730 (74,4%), sendo entorno de Goiânia e interior de Goiás: 285 (25,6%) e o sexo que predomina é o masculino (60%)<sup>35</sup>.

Mas, atualmente, conforme documento disponibilizado pelo Setor de Arquivo Médico do Hospital das Clínicas (SAMIS)<sup>36</sup>, no período de 01/01/2011 a 31/12/2012 foram realizadas 1928 internações. Destas, foram realizadas 19 cirurgias de artroplastia de quadril (eletivas), 09 de urgência, 471 cirurgias ortopédicas das diversas subespecialidades da ortopedia, consideradas eletivas, e 1382 cirurgias ortopédicas diversas de urgência, o restante, totalizando 47, foram cirurgias das

---

torna o atendimento desta especialidade cada vez maior, já que Goiânia está entre as capitais brasileiras com o maior índice de acidentes de carros e motos.

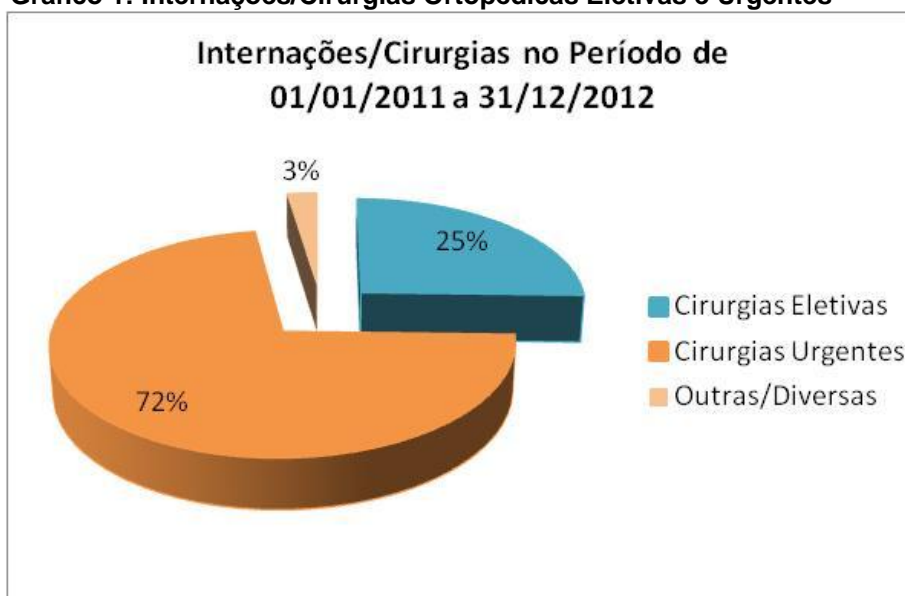
<sup>34</sup> Estes dados constam nos livros de registros dos pacientes atendidos pelo profissional de Serviço Social, que atende no ambulatório e Clínica de Ortopedia do HC/UFG – referem-se ao ano de 2011.

<sup>35</sup> A média de idade e procedência refere-se aos dados de todos os pacientes que aguardavam cirurgia de ortopedia, todas as subespecialidades, e não apenas de artroplastia de quadril, no ano de 2011.

<sup>36</sup> Samis: Serviço de Arquivo Médico do Hospital das Clínicas/UFG

diversas especialidades atendidas no HC. Confirmando assim que um dos fatores que dificultam o andamento da fila de espera e justifica a demora pela espera de cirurgia eletiva<sup>37</sup>, é o serviço de urgência/emergência 24 horas do Hospital das Clínicas. Estes procedimentos, considerados urgentes, vão sendo atendidos de acordo com a demanda, que vem espontaneamente, deixando para depois aqueles pacientes que, às vezes, já foram chamados para internar, com a cirurgia já programada. Demonstramos no gráfico a seguir, esses dados:

**Gráfico 1: Internações/Cirurgias Ortopédicas Eletivas e Urgentes**



**Fonte: Pesquisa realizada HC/UFG Mestranda 2012/2013**

Como podemos observar, 72% foram cirurgias da especialidade de ortopedia consideradas urgentes e 25% do total, foram cirurgias ortopédicas eletivas e, o restante, totalizando 3%, são de outras especialidades ou apenas internações para diagnóstico.

<sup>37</sup> Entende-se por procedimento cirúrgico eletivo, todo aquele procedimento cirúrgico terapêutico executável em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.

Neste contexto, é importante ressaltar as implicações sociais na vida das pessoas que aguardam a realização da artroplastia de quadril para compreender quais os aspectos da vida destas pessoas encontram-se comprometidos.

Diante da realidade vivenciada pelas pessoas que necessitam deste atendimento, nota-se a necessidade de um atendimento interdisciplinar que possibilite ao paciente, não só melhor resposta ao tratamento, mas também informações relacionadas aos seus direitos enquanto cidadãos, no que se refere tanto a direitos previdenciários e assistenciais, pois o paciente deve ser visto em sua complexidade de ser social, portador de direitos e deveres.

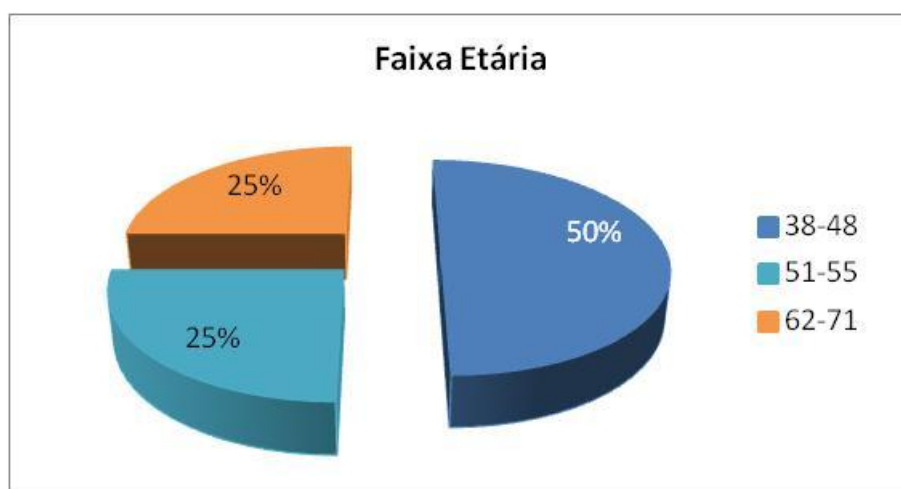
Um ser dotado de subjetividade, sentimento, necessidades que vão além de uma cirurgia, enfim, um ser completo que vive em sociedade. Este estudo poderá contribuir para que os gestores e profissionais de saúde possam conhecer melhor a realidade dos pacientes e propor ações que possam contribuir, não só na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos pesquisados, mas também implementarem planos e projetos que possam diminuir o tempo de espera pela cirurgia.

### **3.2. Universo dos pacientes que aguardam e os que já fizeram cirurgia ortopédica de quadril**

O universo proposto inicialmente para análise dessa pesquisa, consistia de 40 pacientes, dos quais 30 aguardavam pela cirurgia e 10 já haviam realizado a mesma. Mas, devido a diversos fatores, como falecimento, realização do procedimento na rede privada, falta de atualização de dados no arquivo da instituição, não comparecimento no dia agendado para a entrevista e, ainda, falta de interesse em participar da pesquisa, só foi possível realizar o estudo de 12 pacientes, sendo que destes, que aguardam e já fizeram a cirurgia.

A seguir apresentamos o segundo gráfico dos dados coletados referentes à faixa etária dos pacientes participantes do estudo:

Gráfico 2: Faixa Etária



Fonte: Pesquisa realizada HC/UFG mestranda 2012/2013

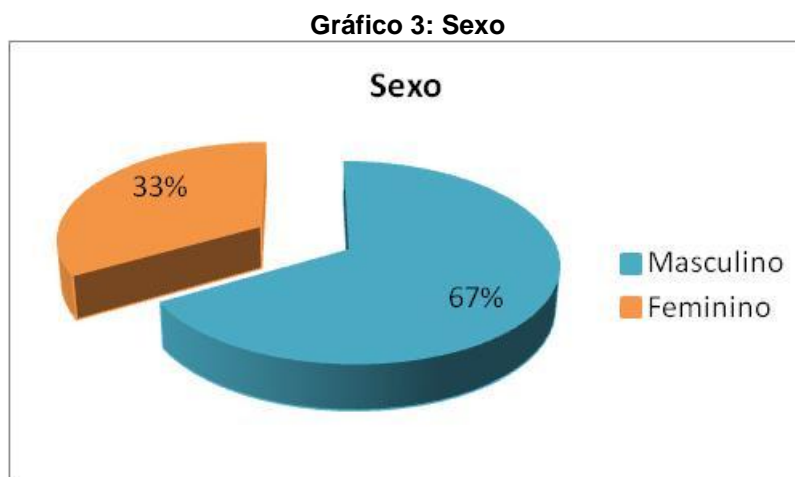
Em relação à faixa etária, 06 pacientes tem idade entre 38 e 48 anos, 03 tem entre 51 e 55 anos e 03 pessoas tem entre 62 e 71 anos de idade, conforme ilustra o gráfico 2. No grupo em questão, o maior número (6) é daqueles que tem entre 38 e 48 anos perfazendo o total de 50% do grupo estudado, sendo que os demais (6) estão entre faixas etárias distintas, de 51 a 71 anos de idade. O que confirma os dados da OMS, citados pelos autores na página 69 dessa dissertação (Corti e Rigon, 2003), que afirmam sobre a prevalência da osteoartrose, doença que leva à colocação de prótese de quadril (artroplastia), ser mais presente em homens com idade inferior a 50 anos e o local mais acometido é no quadril, o qual é também o mais incapacitante.

Assim, quando se considera as repercussões físicas, sociais e emocionais desta doença sobre a vida das pessoas, nota-se que o maior número de acometidos é dos sujeitos mais jovens, o que por consequência o incapacita para o trabalho, já que “essas alterações conduzem a dor crônica e a restrições funcionais das articulações afetadas”. (NATALIO, *et al.*, 2010).

Em relação ao surgimento da doença em pessoas idosas, Ribeiro (2008) afirma que a idade favorece a prevalência da osteoartrite, pois no envelhecimento fisiológico se perdem os mecanismos protetores da articulação, tais como: a

capacidade dos condrócitos responderem aos fatores de crescimento; acúmulo de produtos de degradação da cartilagem que inibem a síntese e reparação por parte dos condrócitos; propriocepção afetada pela diminuição da força muscular, sendo estes fatores incapacitantes.

Com relação ao sexo dos pacientes temos que:



**Fonte: Pesquisa realizada HC/UFG mestranda 2012/2013**

Assim, vemos que 8 pacientes, o que significa 67% dos usuários, são do sexo masculino e 4, que representa 33%, são do sexo feminino. Percebe-se, com estes resultados, que os homens estão mais susceptíveis às doenças degenerativas que levam à colocação da prótese de quadril, o que compromete sua vida pessoal e, mais ainda, a profissional, já que entre o processo do adoecimento até a colocação da prótese eles não conseguem desenvolver nenhum tipo de trabalho, conforme está demonstrado no gráfico 6 deste trabalho, pois a maioria não têm renda.

No que se refere ao estado civil, o resultado encontrado é o seguinte:

Gráfico 4: Estado Civil



Fonte: Pesquisa realizada HC/UFG mestranda 2012/2013

Do total 5 são casados, 3 são solteiros, 3 vivem em união estável e apenas 1 dos entrevistados é viúvo, conforme mostra o gráfico 3. Este resultado confirma que a maioria são casados, ou vivem em união estável, portanto, pais de família, e estão impedidos pela condição da doença de utilizar qualquer força física para o trabalho, interferindo até mesmo na vida social e emocional.

Já sobre a escolaridade, os dados coletados foram:

Gráfico 5: Escolaridade



Fonte: Pesquisa realizada HC/UFG mestranda 2012/2013



Dentre os sujeitos pesquisados, 6, representando 50% do total, não concluíram o Ensino Fundamental, 1 afirmou ter concluído o Ensino Fundamental, que representa 8% e 5 deles que, é 42%, concluíram o Ensino Médio, conforme demonstrado no gráfico 5. Sendo assim, foi possível perceber que apesar da baixa escolaridade, eles possuem uma noção de direitos, saúde e cidadania, conforme demonstramos a seguir:<sup>38</sup>

*MAP: "saúde pra mim é uma coisa que é muito importante [...] sem ela nada, nada presta, então pra mim a saúde é em primeiro lugar, [...] não tem nada que substitui a saúde. Direito nós temos que ter direito, eu nem sei te explicar [...] igual por exemplo você vai ser internada, as pessoas tem que te tratar muito bem [...] cidadania: eu sinto que sou uma cidadã, uma cidadã guerreira."*

*JSG: "É... saúde a gente... a parte da gente que tá recebendo o benefício é muito bom e que possa Deus abençoar que consiga fazer o tratamento e ficar bom realmente e voltar a trabalhar e a saúde é tudo na vida da gente, em primeiro lugar Deus segundo a saúde né? Porque sem Deus a gente não é nada nesse mundo. A cidadania que a gente sente [no caso seja bem atendido que dependendo do problema que a gente sente [...] se tiver como a gente fazer um tratamento, quanto mais logo quanto mais rápido melhor né?...] É que...a gente seja bastante honesto que seja em todo departamento da gente procurar qualquer departamento a gente possa ser bem atendido."*

*JFA: "Saúde é tudo na vida do cidadão, sem saúde a vida não anda. Direitos toda pessoa tem direito à saúde, à educação. Os políticos tentam fazer e não fazem direito. Cidadania não sei."*

*DOS: "Saúde é um, uma vida sem saúde ninguém tem vida, é prazer, alegria. Direitos: pessoas responsáveis, assim que assume um cargo tem responsabilidade. Cidadania: não sei."*

Percebeu-se, pelas respostas, que os sujeitos têm certa noção de direitos, mas ainda não se percebem como cidadãos que podem reivindicar melhorias nas políticas sociais, participando nos espaços de controle social, por exemplo.

Assim como relata Augusto (1987) que: *"em momentos distintos no tempo, correspondentes a diferentes estágios de constituição da sociedade capitalista, permitiram ou revelaram formas distintas de direitos, relativos à expressão da cidadania: os direitos civis, os direitos políticos, os direitos sociais"*.

Sendo os últimos referentes ao bem estar coletivo e à garantia de um nível mínimo de consumo para todos os indivíduos cidadãos. Tem haver com o

---

<sup>38</sup> Para preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa, foi utilizado somente as iniciais do nome.

momento atual e manifestam-se, simultaneamente, como bem a ser reclamado e como bem a ser propiciado.

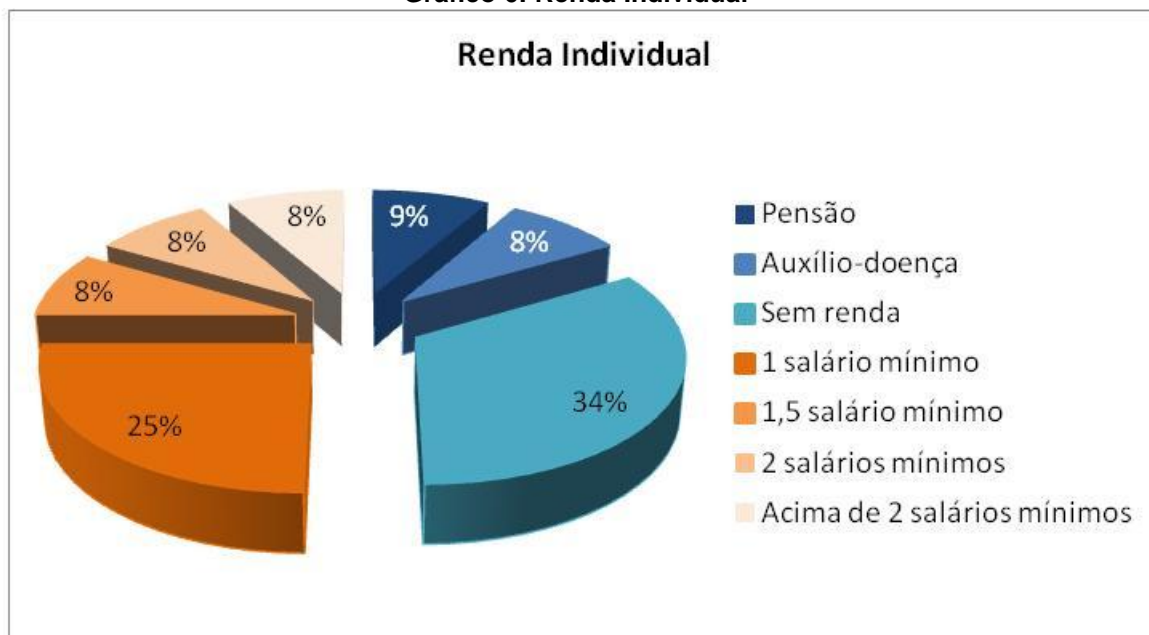
Sendo assim, os direitos constituem-se conquista passível de serem atingidos sob pressão ou entendidos através da formulação e implementação de políticas sociais pelo Estado (MARSHALL, 1967; DONNANGELO, 1975; PEREIRA, 1977 *apud* AUGUSTO).

Entretanto, enquanto os cidadãos não tiverem clareza do papel do Estado em relação à implementação das políticas públicas, as quais são garantidas pela Carta Magna, e se sujeitarem a esperar placidamente, a efetivação dessas ficará cada vez mais distante dos cidadãos.

Da mesma forma, em relação quando se pergunta o conceito de saúde, este que foi definido pela OMS (1948), citado anteriormente na página 13: “Saúde é um estado de completo bem estar, físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”, destacamos algumas falas acima onde ressaltam o quanto é importante a saúde em suas vidas e o quanto há submissão ao esperar pelo procedimento.

Em relação à renda individual dos entrevistados, notamos que:

**Gráfico 6: Renda Individual**

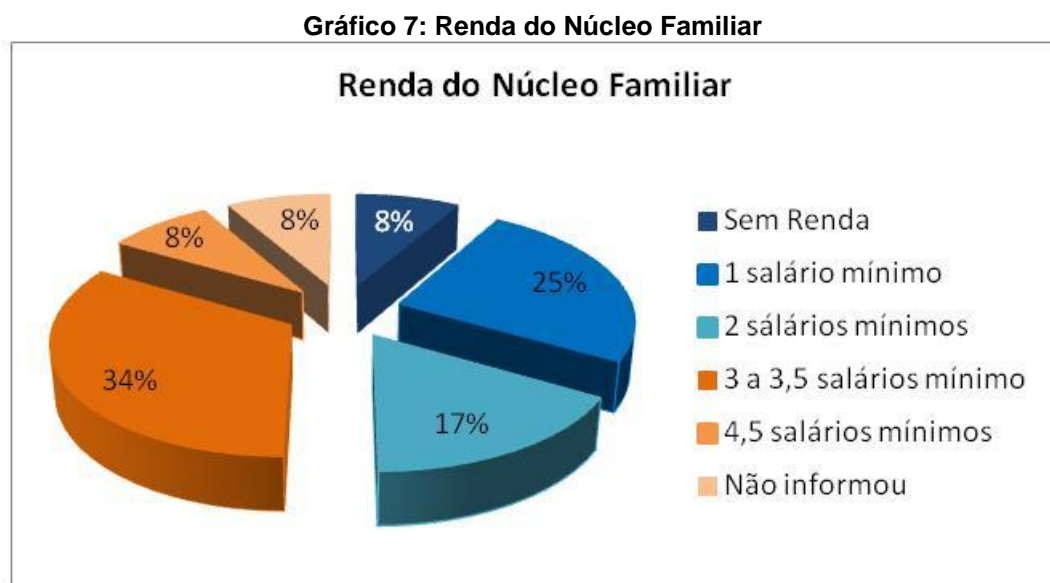


Fonte: Pesquisa realizada HC/UFG Mestranda PUC 2012/2013

Logo, o gráfico 6 mostra que 1 recebe pensão, 1 auxílio doença, 4 não possuem renda, 3 ganham salário mínimo, 1 recebe 1 salário mínimo e meio, 1 deles ganha 2 salários mínimos e 1 tem renda acima de 2 salários mínimos por mês.

Os resultados mostram que o número de sujeitos com menor renda é consideravelmente maior do que aqueles que ganham entre 1 e acima de 2 salários mínimos. Quando se considera os impactos socioeconômicos trazidos pela doença, Chahade e cols., (2001) afirma que no Brasil, até o ano de 2001 foi responsável por 7,5% de todos os afastamentos do trabalho. Ainda neste país, é a segunda doença entre as que justificam auxílio inicial e também em relação ao auxílio doença (prorrogação) é a quarta a determinar aposentadoria com 6,2%.

Já quando se trata da renda do núcleo familiar, vimos que:



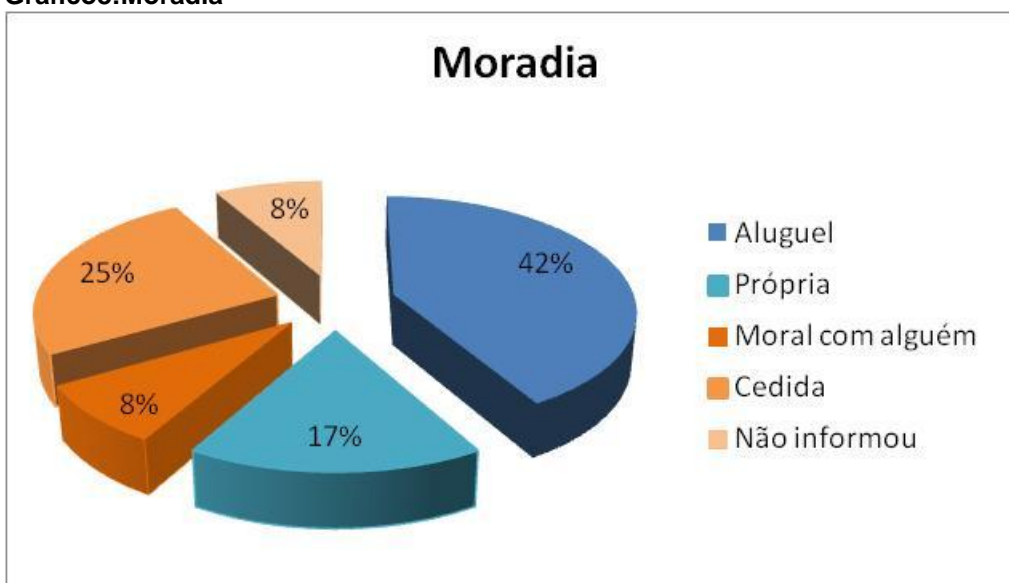
**Fonte: Pesquisa HC/UFG Mestranda PUC 2012/2013**

Assim, o gráfico 7 ilustra a renda do núcleo familiar cujos dados mostram que 1 pessoa não possui renda, 3 ganham 1 salário mínimo, 2 possuem dois salários mínimos na renda familiar, 4 tem entre 3 e 3 salários mínimos e meio e 1 possui um renda total de 4 salários mínimos no núcleo familiar.

Nota-se, a partir dos dados, que um número reduzido dos entrevistados possui renda no núcleo familiar superior a três salários mínimos, fato este que também se reflete nos aspectos socioeconômicos, pois uma melhor remuneração do núcleo familiar seria um aspecto favorável enquanto o membro que apresenta a doença está incapacitado de trabalhar.

Com relação à moradia, temos:

**Gráfico8:Moradia**



Fonte: Pesquisa HC/UFG Mestranda PUC 2012/2013

Então, quanto ao tipo de moradia, os dados do gráfico 8 demonstram que 5 pessoas moram de aluguel, 2 tem casa própria, 1 mora com alguém, 3 mora em residência cedida e 1 não informou.

Entre os entrevistados os motivos que levaram à necessidade da cirurgia foram relatos diversos, como: desgaste do quadril; doença adquirida devido ao uso de medicamento para o controle do lúpus, pois o corticoide, presente na medicação para essa enfermidade, resulta em desgaste do joelho e quadril; artrite e artrose.

O gráfico 9 ilustra a necessidade pela cirurgia considerando dois motivos: doença ou acidente, sendo que tais motivos foram relatados anteriormente pelos entrevistados.

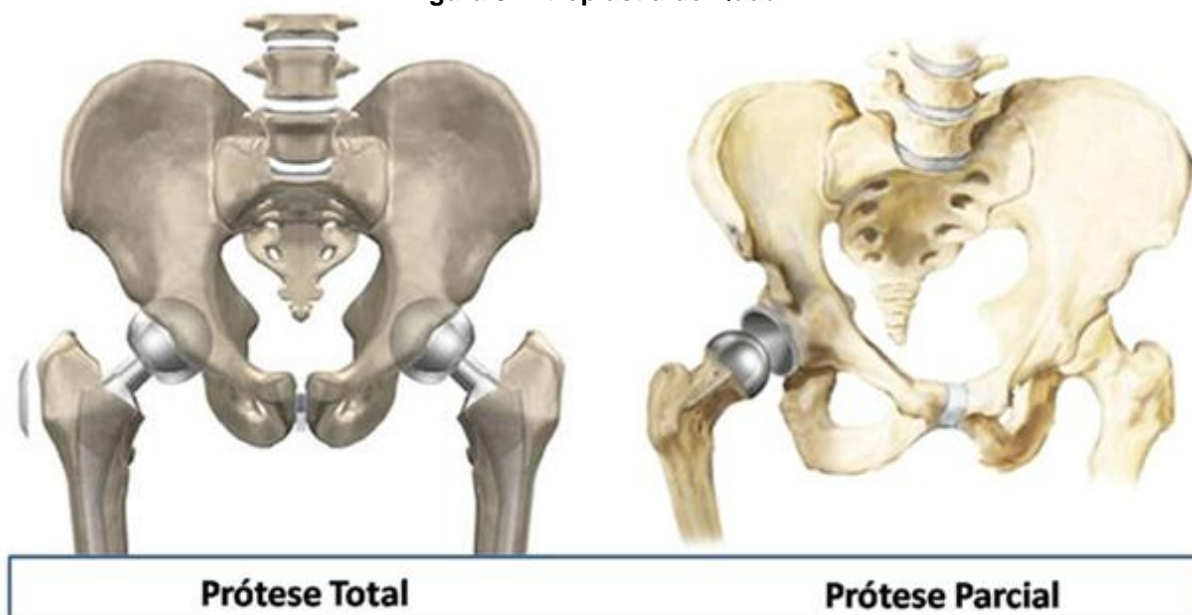
**Gráfico 9: Necessidade pela cirurgia: Doença ou Acidente**

Fonte: Pesquisa HC/UFG Mestranda PUC 2012/2013

De acordo com o gráfico, 10 pessoas foram encaminhadas para cirurgia por motivo de doença e 2 por acidente.

Esses dados contrariam estudos de Bueno (2012) em que cita que a maioria das lesões do quadril ocorre por traumas de alto impacto, como acidentes de trânsito, quedas, acidentes industriais e lesões esportivas. Muitos pacientes com lesão do quadril podem apresentar fraturas da parede posterior do acetábulo ou mesmo fraturas da cabeça femoral associadas, que quase sempre levam à necessidade de tratamento cirúrgico adequado. Mas os resultados da pesquisa demonstram que a maior causa da cirurgia no HC/UFG, é devido a doenças e não acidente, conforme relatos dos entrevistados.

Já as cirurgias prescritas devido a osteoartrose, Weinstein Buckwalter (2000) explica que a destruição da cartilagem articular que atinge o osso subcondral, e a diminuição do espaço articular, evidente nos exames radiológicos dos pacientes com osteoartrose, resulta em diminuição da ADM. Essa diminuição dificulta as atividades funcionais, sugerindo intervenção cirúrgica a fim de oferecer qualidade de vida ao paciente.

**Figura 3 Artroplastia de Quadril**

Fonte: ARRUDA, C. 2010.

Conforme entrevista do diretor de regulação da Secretaria Municipal de Goiânia, Cláudio Tavares<sup>39</sup>, o número de cirurgias eletivas (diversas) realizadas pelo SUS em Goiânia em 2013 (até o mês de outubro) aumentou em 66%, em relação ao ano passado. Esses procedimentos, que não são considerados de urgência, são avaliados e autorizados pela diretoria de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da capital. O financiamento é feito pelo Projeto de Cirurgias Eletivas do Ministério da Saúde (MS) ou por recursos próprios, oriundos da Média e Alta Complexidade.

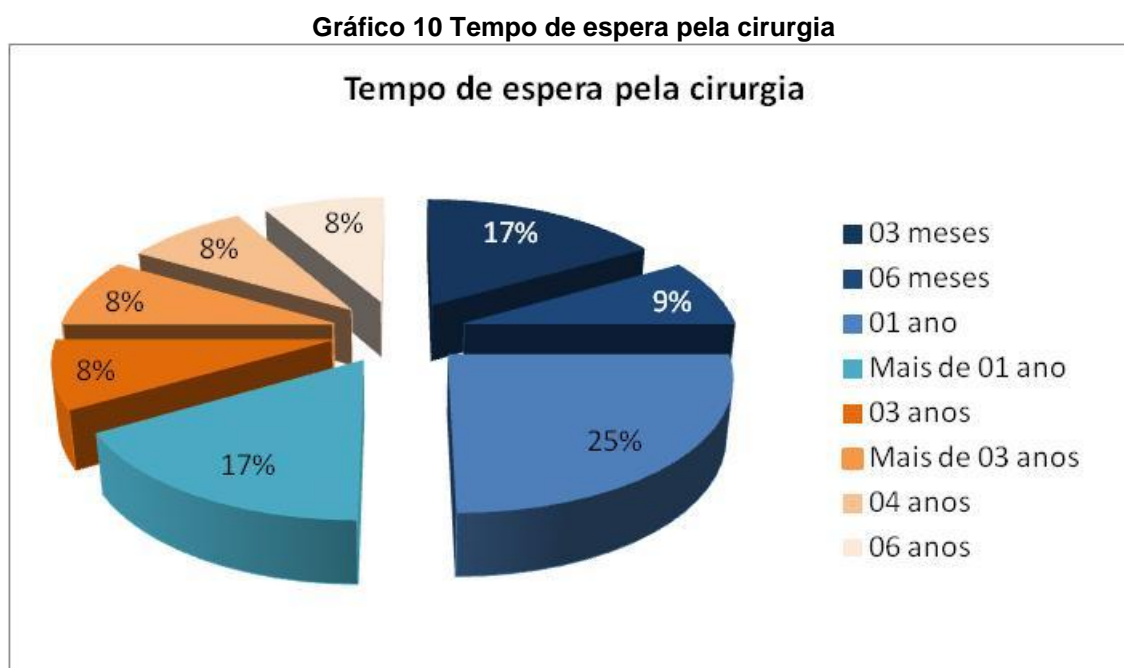
Goiânia é um dos poucos municípios do país que está atingindo e superando as metas relacionadas ao Projeto do MS. No ano de 2013, a SMS recebeu a quantia R\$ 12.954.438,13 e este recurso possibilitou o significativo aumento de procedimentos cirúrgicos realizados, passando de 13.832 cirurgias (2012) para 23.005 (2013). De acordo com o diretor da Regulação, Cláudio Tavares, esse número vai aumentar, já que os meses de novembro e dezembro ainda não foram computados.

<sup>39</sup> Em entrevista para Mayara Kelly (KELLY, M. 2013)

Em Goiânia são realizados por mês 3.600 procedimentos cirúrgicos, aproximadamente. Na atual fila de espera do sistema de regulação municipal, há 11.537 pedidos, oriundos de todos os municípios do Estado de Goiás, aguardando cirurgias. Alguns destes não são oferecidos nem por planos de saúde privados.

Nessa entrevista, Cláudio Tavares destacou ainda que a Regulação recebe mais de 200 pedidos de cirurgias eletivas por dia. "Observamos um aumento das solicitações de cirurgia oriundas dos municípios do interior, depois da implantação de um sistema *online* que facilitou o cadastramento dos pedidos", afirma Cláudio. De acordo com o diretor, como o ritmo das cirurgias vem seguindo uma média de 3.500/mês, o tempo de espera médio para uma cirurgia eletiva fica entre um a quatro meses.

Mas, de acordo com nossa pesquisa, em que consideramos para análise duas questões primordiais: o tempo de espera pela cirurgia e o significado e comprometimento da espera pela cirurgia, os dados mostram que o tempo de espera foi entre 3 meses a 6 anos conforme o gráfico 10. O que difere totalmente dos dados citados acima pelo diretor de Regulação, senão vejamos:



Fonte: Pesquisa HC/UFG Mestranda PUC-2012/13

De acordo com o gráfico acima, 2 pessoas esperaram 3 meses, o que representa 17% do total do grupo pesquisado; 1 esperou 6 meses, o que equivale a 9%; 3 pessoas tiveram que esperar 1 ano, sendo o maior percentual: 25%; 2 ficaram aguardando por mais de um ano, significa 17%; o restante, que equivale a quatro pessoas, esperaram de 03 a 06 anos, representando 8% cada.

O tempo de espera pela cirurgia é fator primordial nesse processo, isso porque, a cirurgia sugere melhoria da dor e consequente melhoria na qualidade de vida do paciente, conforme alguns relatos:

*JSG : “Minha expectativa é que possa trabalhar, não sei se depois que fizer volta se tem como voltar... se fica normal pra trabalhar não sei... ai primeiramente tinha muita dor, não pode forçar muito que dói... e é de ficar bom a expectativa”.*

*VAN: “A melhora na qualidade de vida”.*

*GML: “Trabalhar, porque agente tem que distrair né, a vida da gente é muito monótona sem trabalho, assim a convivência com as pessoas então se torna muito monótono. Inclusive era pra mim fazer outra cirurgia no outro quadril que era um ligamento de veias que tava faltando nutrição nesse fêmo do lado direito, ai depois não vai precisar não, então beleza vamos tocá se precisar eu volto aqui. Minha vida era dor as vezes ate chorava escondido da esposa, porque o homem tem vergonha de chorar né, ai eu chorava de dor, eu não conseguia quase me locomover, não conseguia trabalhar eu sofria muito, muita mais muita mesmo. Desde a hora que eu sai da sala de cirurgia eu tive a oportunidade de voltar um novo como fala... um retorno eu beijei as mãos do professor do orientador da minha cirurgia, agradecendo e eu agradeço, toda vida eu agradeço, graças a Deus eu to bem viu, sinto dor porque não sei ficar quieto e eu já tive, [...] que se eu ajoelho se eu colocar no chão assim eu sinto dor, eu sinto dor nesse joelho esse não, esse eu posso ajoelhar. Não no quadril eu não sinto nada.[...]”.*

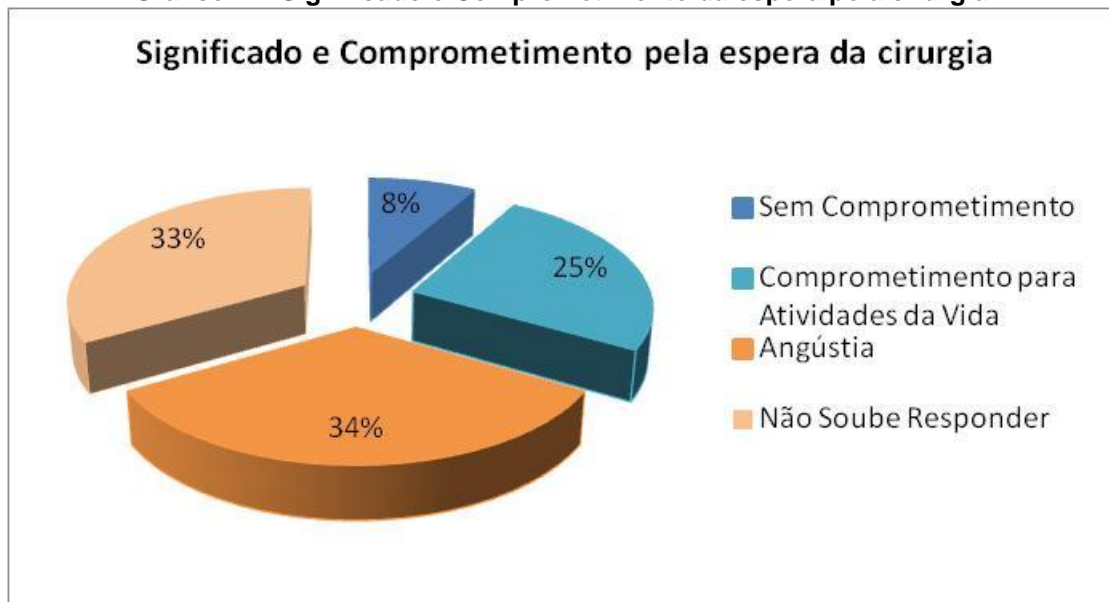
E, dentro deste grupo pesquisado, foi possível perceber que dos 12 pacientes, 07 já fizeram e destes, 02 terão que fazer no outro quadril. O restante, 05, ainda aguardam pelo procedimento, e a expectativa de prosseguir com a rotina diária após a cirurgia se faz presente nas entrevistas.

De acordo com Jakobsson e Hallberg (2002), a dor articular e a rigidez, características da osteoartrose, levam principalmente os pacientes idosos a uma intensa limitação funcional e restrição de movimentos, acometendo diretamente a qualidade de vida dessas pessoas. Wachelke e Matschinske (1990) acrescentam que o tratamento cirúrgico, por meio da artroplastia total do quadril, proporciona alívio da dor, ganho de amplitude de movimento e, consequentemente, melhora das funções nos quadros de degeneração articular grave.



Assim, quando questionamos sobre o significado e comprometimento da espera pela cirurgia, obtivemos:

**Gráfico 11: Significado e Comprometimento da espera pela cirurgia.**



**Fonte: Pesquisadora HC/PUC 2012/2013**

Dessa forma, ao analisar o gráfico, 4 não souberem responder o que representa 34%, 4 disseram que esta espera causou angústia, o que significa 33%; 3 afirmaram que houve comprometimento nas atividades diárias, 25% do grupo e 1, que representa 8% do total pesquisado, respondeu que não houve comprometimento conforme, demonstrado no gráfico 10.

Conforme os resultados acima, muitos pacientes sentiram angústia devido ao tempo em que tiveram que esperar para a realização da cirurgia, e o maior número de entrevistados não souberam responder. Assim, pudemos perceber, no decorrer da entrevista, que quando questionados sobre o comprometimento em relação à espera, houve um certo temor em responder, o que justificou na análise o maior número de entrevistados terem optado em não responder, temendo serem prejudicados na continuidade do tratamento no HC.

Nesse sentido, é importante reportar a Bobbio (2004) quanto aos direitos do homem: “O problema fundamental em relação aos direitos do homem hoje, não é

tanto o de justificá-lo, mas o de protegê-lo. Trata-se de um problema não filosófico, mas político.”. Logo, esses pacientes deveriam ter claro que o tratamento é um direito inerente ao cidadão, independentemente de críticas à instituição ou ao próprio sistema.

Sendo assim, é importante citar que o tempo de espera por uma cirurgia de quadril deveria ser o menor possível, sendo este um dos princípios preconizados no Sistema Único de Saúde quanto ao acesso e universalização dos direitos dos usuários ao sistema.

As pessoas que já passaram pela cirurgia de quadril emitiram seu ponto de vista sobre concepção de saúde, direito e cidadania. Dentre as respostas estão:

*JBA É tudo na vida, é todos ter direitos, moradia, trabalho, de sobreviver dignamente.*

*MAP É tudo na vida... Ser bem tratado, sou cidadã*

*JSG É tudo na vida, rapidez no tratamento, bem atendido*

*VAN Saúde é direito, está na constituição*

*GML É tudo na vida, direito é respeitar o próximo, melhor distribuição de renda*

*OPS Se cuidar melhor, prevenir com boa alimentação, direito da lei...ter direito e respeitar o outro*

*NCS Saúde é direito, garantido pago imposto, cidadania é ser cidadão*

*NFC É tudo...direito de ser atendido...da mesma forma*

*JFA É tudo na vida, todos direitos que a pessoa tem, saúde, educação...*

*DOS É tudo na vida, direito: liberdade, direitos iguais, dignidade*

*MB É liberdade*

Como se pode verificar, as concepções de saúde, direito e cidadania, sob a perspectiva dos entrevistados, demonstram que têm algum entendimento sobre os conceitos citados anteriormente. E devem se constituir, de fato, o foco central das políticas públicas de saúde, onde os gestores e profissionais de saúde precisam exercer um papel de multiplicadores de conhecimento, divulgando cada vez mais, aos usuários do sistema público, os seus direitos enquanto cidadãos. Sendo este o eixo norteador para a oferta de um serviço público de saúde de qualidade e acessível a todos, pois os cidadãos, conhecendo seus direitos, podem contribuir para a melhoria desses serviços através da participação dos órgãos de controle social (associações, conselhos, conferências, entre outros).

Quando buscamos saber sobre a participação do entrevistados em alguma organização ou movimento social, tivemos:

**Gráfico 12: Participação em alguma organização ou movimento social**



Fonte: Pesquisa HC/ UFG Mestranda PUC 2012/2013

Sobre o item da participação em organização ou movimentos sociais, identificou-se que a expressiva maioria dos entrevistados não participa e nunca participou o que representou 92% dos entrevistados, conforme relato de um deles:

*GML: Não, nem aqui nem no novo mundo, nem onde eu morei (...) sou um pouco anti-social porque eu penso de uma maneira e tem 5, 6 pessoas que pensam diferente, estudei na época que estudava não pertencia... não participava de greve.*

E apenas um participa o que equivale a 8%, que diz:

*MMS: Bom isso desde, acho que desde que me entendo por gente como pessoa por ter feito vários cursos de voluntariado então eu sempre to ligada a uma associação e agora vou estar criando a própria associação vou estar a frente dela durante dez anos a associação que representa os deficiente físico. E isso pra mim ta sendo muito importante porque são direitos que o deficiente físico tem e que não são reconhecidos por algumas pessoas e pra mim esta sendo muito gratificante batalhar por isso e correr atrás disso ai pra outras pessoas ta me fazendo bem.*

Sabe-se que, historicamente, para garantia dos direitos, é necessária a participação nos movimentos sociais, possibilitando o controle social. Pois o mesmo só se efetiva quando, nestes espaços democráticos, a sociedade exige do Estado o

cumprimento das políticas. Nestes, há possibilidade de discussão e pactuação das reais necessidades sociais desta sociedade. E, como esclarece Viana (2007), ocorre assim a necessidade de acompanhar o Estado na execução das políticas sociais públicas e reivindicar a prestação de contas da aplicação dos recursos destinados às políticas.

Assim, um dos desafios postos para o controle social está o de zelar pela ampliação e qualidade da rede de serviços voltados a toda a sociedade, como também executar a mediação entre sociedade e poder público (VIANA, 2007).

Concluimos então que, paralelamente à importância da população de conhecer as leis e os seus direitos, está ainda a necessidade de amadurecimento político para poder cobrar de seus governantes a efetividade destas, principalmente no que diz respeito às aplicabilidades de recursos para as políticas sociais públicas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso metodológico realizado nesta dissertação (revisão da literatura associada ao estudo de campo junto a pacientes que já realizaram cirurgia de quadril ou que estão aguardando por este procedimento no Hospital das Clínicas UFG-GO) viabilizou apreender, através de aproximações que não são definitivas, que os pacientes têm pouco conhecimento dos conceitos de saúde, direitos sociais e cidadania na perspectiva dos direitos que deveriam estar assegurados conforme os arcabouços legais, em relação às políticas sociais públicas; e, no caso específico, a da saúde.

Nosso intuito foi aprofundar na realidade destes pacientes, para analisar quais as implicações sociais da cirurgia de artroplastia de quadril nas condições de vida dos usuários do ambulatório e clínica de ortopedia do Hospital das Clínicas/UFG, Goiânia-Go, objeto de estudo desta dissertação. E a realidade destes usuários, é que a espera compromete de forma substancial a vida afetiva, emocional e financeira, já que o percentual maior dos pacientes são homens, jovens, casados, pais de família em plena idade produtiva.

Toda a estrutura pensada e apresentada no Projeto de Pesquisa serviu como ponto de partida para a compreensão do tema proposto, uma vez que as discussões levantadas pelos diferentes autores nos conduziram até o espaço em que os pacientes são diagnosticados com determinadas doenças, como a artrose, que levam à cirurgia de artroplastia de quadril do HC/UFG, local da pesquisa. Neste espaço foi possível conhecer a falta de conhecimento em relação aos seus direitos enquanto cidadãos.

Porém, não totalmente, em razão das próprias limitações que são colocadas em qualquer pesquisa desta natureza, como a disponibilidade dos participantes, a falta de atualização de dados junto ao setor de arquivo da instituição, casos de falecimentos, a realização do procedimento em outros hospitais da rede privada, da falta de compreensão que possuem dos conceitos abordados e, ainda, pela pequena quantidade de obras e artigos referentes ao tema, tendo sido necessário *a priori*, selecionar aqueles que mais iriam contribuir para a construção

de um referencial coeso, compreensivo e que se aproximasse das questões levantadas no instrumento de coleta de dados.

Desse modo, no referencial teórico, buscou-se abordar a temática que envolve os conceitos de saúde, direitos sociais e cidadania. Para tanto, foi necessário perfazer o caminho que marca o início das políticas sociais públicas no Brasil.

Ao delimitar-se a discussão inicial na década de 1930, buscou-se não somente destacar que tais políticas se iniciaram oficialmente nesse período, como também chamar a atenção para o contexto social, político e econômico no qual elas surgiram. Ou seja, até então, a questão saúde estava sendo trabalhada pela Diretoria Geral de Saúde Pública, não havendo uma política específica para ela. Nessa mesma década de 1930, o Brasil, assim como os demais países do mundo, vivenciavam vários problemas econômicos marcados pela crise de 1929 que se estendeu até a Segunda Guerra Mundial.

As décadas seguintes (1940 até 1980) registraram várias questões e/ou contexto de lutas envolvendo o Estado e a sociedade, em prol da elaboração de uma política de saúde que realmente atendesse as necessidades da população, principalmente aquelas que não possuíam qualquer tipo de emprego formal remunerado e conseqüentemente nenhum acesso aos serviços de saúde.

Nesse contexto de lutas envolvendo a participação de diversos segmentos da sociedade civil (mais de 4.000 pessoas), sindicatos, associações de moradores, profissionais da saúde, partidos políticos de oposição, a igreja, contribuíram para a elaboração de relatórios da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 em Brasília, considerada um dos maiores marcos para a sociedade, que culminou na inserção do SUS na Constituição de 1988 e, posteriormente, na implementação deste sistema com a Lei n. 8.080 de 1990.

Assim, ao longo destas cinco décadas, foram necessárias várias reflexões voltadas para a sistematização de um sistema público de saúde pautado nos conceitos de saúde, direitos sociais e cidadania.

Para tanto, o SUS se fixou em cinco princípios básicos: Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação social. Ao realizar a trajetória histórica das políticas sociais e de saúde, percebemos que no interior das lutas sociais, registradas na história brasileira, tais princípios foram de alguma maneira o eixo condutor destas lutas. Um exemplo a citar é o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, cujo principal objetivo era lutar contra a ditadura militar sob o lema “Saúde e Democracia”.

O referido momento foi intenso e se estruturou nas universidades, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços, revelando não somente sua dimensão, como também o desejo de mudar o cenário precarizado do setor saúde na década de 1960 e início de 1970.

Assim como o movimento da Reforma Sanitária, o país registrou inúmeras vozes individuais e coletivas, que juntas chegaram até o Congresso Nacional e foram inseridas dentro dos cinco princípios do SUS. Ao discutirem-se estes cinco princípios na perspectiva dos entrevistados, pudemos verificar que cada um deles se encontram bem distantes da sociedade, já que a preconizada universalidade ainda não conseguiu abarcar todo o sistema de saúde público no Brasil.

Dentre estes cinco princípios, os de universalidade, acesso e participação social foram os que esta pesquisa mais identificou com necessidade de mudanças, como a maior oferta dos serviços, já que artroplastia é uma doença incapacitante e conforme os dados coletados, grande parte dos entrevistados ainda se encontram na idade produtiva (entre 38 e 48 anos) e, devido à doença, ficam muito tempo impossibilitados de trabalhar.

Tal realidade supõe equalização dos serviços e, ainda, investimentos maiores para a área da saúde, com a construção de mais hospitais regionais, a execução de concursos públicos permanentes, onde o profissional seja valorizado com salários dignos podendo, assim, ter dedicação exclusiva. Ainda, investimentos do governo numa saúde preventiva e não curativa, o que resultaria na diminuição de internações/cirurgias, possibilitando diminuição de gastos com cirurgias de alto custo, como é a artroplastia de quadril, dentre outras medidas.

Foi também na análise de dados que verificamos a relação entre ineficiência dos serviços em saúde e concepção dos conceitos de direitos, saúde e cidadania por parte dos entrevistados. Ou seja, percebeu-se que quanto menos o cidadão conhece tais significados, menos eles os reivindicam como direito. Essa realidade chama a atenção para o princípio da Universalidade em serviços de saúde, o qual não se estende pelo país de maneira equitativa por diferentes razões, sendo que a falta de investimentos voltados para esta área é o mais marcante.

Confirmou-se então, com o estudo as hipóteses, quais sejam: a falta de políticas públicas sociais universalizantes e efetivas constituem agravo sim no afastamento do trabalho para os pacientes que aguardam pela cirurgia; as precárias condições socioeconômicas e de saúde dos pacientes, interferem no cotidiano destes, levando ao comprometimento físico, emocional e social e ainda a falta de implementação de recursos financeiros por parte do governo para ampliar a construção de hospitais públicos, é um agravo que aumenta a fila de espera por cirurgia de quadril.

No aspecto financeiro constatou-se que, tanto a renda individual, quanto a do núcleo familiar são baixas quando comparadas com a realidade do Brasil, onde os serviços privados de saúde são altos e inacessíveis às populações economicamente desfavorecidas, e a saúde pública é precarizada continuamente, tornando-se cada vez mais uma política de “pobre para pobres”, propiciando o crescimento do mercado nessa área, o que desconstrói, num movimento de contrarreforma, todas as conquistas obtidas nos anos de 1980 (BRAVO, 2012). Tal realidade vem confirmar o disposto no Art. 3º da Lei n. 8080 de 1990:

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

Quanto menor a renda mensal de uma família, menor também será o padrão de qualidade de vida o que, por consequência, se reflete sobre seu estado de bem estar físico e mental e, se os mesmos não se encontram harmonizados (saudáveis), outras consequências, como doenças poderão surgir, exigindo-se maior disponibilidade de serviços por parte do SUS.



Esta assertiva foi verificada nos diferentes motivos que levam à cirurgia de artroplastia de quadril como desgaste do quadril, doença adquirida devido ao uso de medicamento para o controle de lúpus <sup>40</sup>, entre outros. Destaca-se que na maioria das vezes, o desgaste ocorre por condições desfavoráveis, como algumas situações de trabalho que aceleram o desgaste do quadril e/ou associação com outra doença que requer tratamento contínuo e ainda acidentes diversos.

Nossa pesquisa constatou que, diferente da estatística nacional, onde o maior número de colocação da prótese (artroplastia) é devido a acidentes, no nosso universo pesquisado, a realidade é outra: o maior número (83%) é devido à doença, sendo então essa a maior causa da necessidade pelo procedimento.

Quando analisou-se especificamente o universo dos pacientes que aguardam a cirurgia ortopédica de quadril, percebeu-se que existe uma enorme disparidade entre as cirurgias que são realizadas em caráter de urgência em relação as que são consideradas eletivas. Um número muito significativo, já que constatamos que de 1928 internações, 1382 foram cirurgias ortopédicas de urgência e apenas 546 cirurgias ortopédicas eletivas, num período de dois anos, o que justifica a demora pelo procedimento, e o quanto a judicialização se torna necessária para que o paciente consiga ser atendido, uma vez que é cada vez mais crescente a procura pelos órgãos de defesa do cidadão, como por exemplo, o Ministério Público.

A questão que trata do tempo de espera pela cirurgia e o significado e comprometimento da espera pela cirurgia revelou que os pacientes aguardam entre 3 meses a 6 anos, diferindo-se dos dados fornecidos pela Regulação. Conforme já mencionado, a artroplastia de quadril é uma doença incapacitante e quanto mais se aguarda pela cirurgia, menor qualidade de vida tem o paciente.

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 explicita a necessidade de descentralização e integralidade em serviços de saúde, sendo que esta efetivação garante a redução do tempo de espera por atendimento na rede pública de saúde: *Descentralização, com direção única e cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos assistenciais*

---

<sup>40</sup> Doença rara, que atinge mais as mulheres que os homens. Ela provoca desequilíbrio na defesa do organismo contra vírus e bactérias e pode atingir a pele, articulações, fígado, coração, pulmão, rins e cérebro.

(BRASIL, 1988). Ao associarmos o dispositivo legal com as vozes dos entrevistados, percebemos que há uma grande distância entre o discurso e a prática.

Nesse sentido, reportamos a Wachelke e Matschinske (1990) que tratam da importância do tratamento cirúrgico por meio da artroplastia total do quadril, uma vez que o paciente se vê livre da dor, consegue maior amplitude de movimento e melhora as funções nos quadros de degeneração articular grave.

Os resultados trazidos pela cirurgia foram relatados nas falas de todos os entrevistados quando associaram este resultado com o conceito de saúde. Verificou-se, de maneira resumida, que para eles *saúde é tudo na vida, é direito a ser construído*. Assim, percebeu-se que eles possuem algum conhecimento de seus direitos. Contudo esse conhecimento tangencia apenas a ausência de doença.

Por outro lado, o conceito de saúde está associado à qualidade de vida que inclui, entre outros, alimentação (direito social) e respeito ao outro (individual). Estes direitos também estão positivados na Constituição Federal de 1988, que traz em seu artigo 6º que:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição e também pela Organização Mundial de Saúde: Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. (BRASIL, 1988)

Nesse conjunto se inclui o respeito ao outro, não somente no âmbito da individualidade, mas também no da coletividade, quando nos referimos ao respeito que o Estado deve ter com o cidadão no tocante ao cumprimento de suas obrigações para com ele em todas as situações e, em especial, na saúde.

Portanto, o cumprimento de tais preceitos somente acontece na íntegra quando o Estado, de sua parte, tem consciência de seu papel social e quando a população se mobiliza para exigir seus direitos.

Nesse sentido, verificou-se, a partir da questão que indaga os entrevistados sobre participação em organização ou movimento social, que apenas um participou e ainda participa, entendendo que é possível lutar de forma organizada por seus direitos.

Tal resultado revela a ausência de consciência crítica a este respeito, como consequência de todo um contexto em que vive a sociedade brasileira, como revela o resultado da escolaridade, onde 42% concluíram o ensino médio e a grande maioria apenas o ensino fundamental.

Dessa forma, comprova-se que devido ao baixo nível de escolaridade, a ausência da compreensão de que os princípios constitucionais são direitos a serem cumpridos efetivamente pelo Estado e não deve ficar apenas no âmbito do discurso, e as políticas devem ser Políticas de Estado e não de Governos.

A partir do levantamento teórico e da análise dos resultados, percebeu-se a relevância deste estudo, não apenas para a ampliação do tema políticas públicas, direito e cidadania, como também para a importância dos Hospitais Universitários para a população que necessita de seus serviços. Embora o foco de nossa pesquisa não seja este, não poderíamos deixar de mencionar o projeto de implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares pela Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011.

A referida empresa visa gerir os hospitais universitários, os quais prestam serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à sociedade, além de prestação de serviços de ensino, apoio à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, conforme previsto pelo artigo 207 da Constituição Federal de 1988, que defende a autonomia universitária.

Contudo, a prática desta empresa em outros estados, como na Universidade Federal do Piauí, local onde foi publicado o primeiro edital, revelou que a proposta se difere do que ocorre no cotidiano, pois se trata de gestão empresarial, que, por natureza, seleciona algumas patologias e algumas pessoas, conforme entrevista concedida por Bravo (2012). A autora ressaltou que, quando a gestão é empresarial, a assistência em saúde perde o caráter de integralidade e sendo assim, muitas pessoas que têm doenças crônicas e necessitam de tratamento continuado poderão ficar sem este atendimento.

Ainda segundo Bravo (2012) outra característica negativa da EBSEH é quanto ao tempo dos contratos que se estendem no máximo em cinco anos. Como

consequência, o trabalhador de saúde não se fixa na Unidade Hospitalar e não cria vínculo e compromisso com a instituição. Além disso, não se compromete com a qualidade em atendimento prestado ao paciente.

Percebeu-se, a partir dos autores que tratam sobre este projeto, que a saúde poderá passar por um processo maior de precarização, se é possível, revelando mais uma vez a legitimação de um projeto neoliberal na saúde, cuja principal característica é a terceirização de serviços, economia em recursos destinados à saúde, dificuldade de acesso aos serviços e o mais grave: a falta de compromisso do Estado com a saúde.

Este modelo é ressaltado por Pereira e Patriota como *modelo residual*, que se caracteriza pela intervenção *ex-post* (modelo construído sobre as Condicionalidades do Fundo Monetário Internacional). Deve ser acionado quando os canais naturais e tradicionais de satisfação das necessidades (família, rede de parentesco, mercado) não estão em condições de resolver determinadas exigências do indivíduo. A intervenção possui, então, caráter temporalmente limitado e deve cessar com a eliminação da situação de emergência e é voltada para grupos particulares de indivíduo dotados de características específicas. Este modelo de intervenção estatal pauta-se pela lógica do mercado.

Esse cenário revela a urgente necessidade de repensar as políticas públicas de saúde. Sabemos que esta reflexão exige do governo o cumprimento da saúde como direito, tanto preconizada na Constituição de 1988, quanto na Lei do SUS. Embora a atual conjuntura do país revele o fortalecimento do projeto neoliberal e o descaso do governo com a saúde pública, enquanto profissional que atua nesta área, não podemos deixar de lutar pelos direitos de quem necessita dos serviços públicos de saúde.

Tal importância foi demonstrada na pesquisa realizada com pacientes que já passaram ou aguardam pela cirurgia de quadril no Hospital das Clínicas da UFG, pois conforme destacado em suas próprias vozes, a cirurgia traz inúmeros benefícios, além de viabilizar o retorno ao trabalho, melhora principalmente a qualidade de vida destas pessoas.

Assim, os resultados apresentados nos revelaram a expectativa que os pacientes têm em relação à realização do procedimento, pois a espera pela cirurgia compromete substancialmente a vida destes, não só no aspecto financeiro, mas também o físico, social e emocional.

Nesse sentido, conquistar o direito à cirurgia implica, para estes pacientes, não somente a redução e/ou eliminação da dor propiciada pela realização da cirurgia de artroplastia de quadril, mas uma grande esperança de se ter uma vida melhor, com mais dignidade.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, K. **Goiânia, seu primeiro Plano Diretor e aspectos atuais na realidade da cidade**: uma leitura ambiental. Revista Anhanguera Goiânia v. 3 n. 1 jan/dez, 2002.

AMORIM, A S. **Políticas de saúde e assistência social no Brasil**: afinidades e desafios. Brasília: SER Social, 2009.

ANTUNES, L. F. S. de. **A violência doméstica e a influência de fatores sócio históricos e econômicos**. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu, Goiânia, 2012.

ARRUDA, C. **Reabilitação na artroplastia de quadril**. Artigo publicado em 29.05.2010.Wordpress.com acessado em 10/02/2014(imagens).

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. **Acesso aos serviços de saúde**: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise (2012) Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>> Acesso em 10 out. 2013.

AUGUSTO, M. H. O. Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. Tempo Social: Ver.Sociol. USP, S.Paulo, 1989.

BAHIA, L. **Breve histórico do mercado de planos de saúde no Brasil**. In: A.; VILLELA, A.; GIAMBIAGI, F. Determinantes do "milagre" econômico brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. **Rev. Bras. Econ.** [online]. 2008, vol.62, n.2, pp. 221-246.

BIASETTO, D. e AMARO, M. **As cidades que são numero**. Veja. 23 de julho 2008.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BORDIGNON, M. O. **Informação em saúde**: potencialização e sentido. In: BORDIN, R, et al., organizadores. Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade. Porto Alegre: Da casa, 2006.

BORDIGNON, Massimo. **A teoria do federalismo brasileiro**. (2006) Disponível em < <http://www.gbv.de/dms/zbw/745241301.pdf>> Acesso em 10 out. 2013.

BORGES, F. T. MOIMAZ, S. A. S.; SIQUEIRA, C. E.; GARBIN, C. A. S. **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde**: o papel das organizações sociais de saúde. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS. Brasília, 1996.

BRASIL. **Conselho Nacional dos Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil** (atualizada até a Emenda Constitucional n. 52, de 8 de março de 2006). Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 4 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. CNES. Net. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. (2006) Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/cnes>> Acesso em 20 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Regulação e saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BRAVO, J.S. de; Bravo; M.I.S. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo, Cortez 2012.

BRAVO, M. I. S. **A política de saúde no Brasil**. In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. MOTA, A. E. et al. (Orgs.). São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **Política de saúde no Brasil**. Brasília: UnB-CEAD/CFSS, 2000.

\_\_\_\_\_. **Serviço social e reforma sanitária: lutas e práticas profissionais**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**: 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. MATOS, M. C. de. **Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate** (2008) Disponível em <<http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto2-3.pdf>> Acesso em 3 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. PEREIRA, P. A. **Política social e democracia**. 2 ed. São Paulo: Cortez, UERJ, 2002.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP: HUCITEC, 1991.

BUCKWALTER, J., Saltzman, C., & Brown, T. **The impact of osteoarthritis. Clinical Orthopaedics and related Research**, 427S, S6-S15, 2004.

BUENO, V. **Fratura do quadril** (2012) Disponível em <<http://www.drmc.com.br/opiniao-de-especialistas/fraturas-do-quadril.php>> Acesso em 14 jan.2014.

CAMPOS, G. W. S. de. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CASTRO, M. M. C. de; OLIVEIRA, L. M. L. de. **Serviço social e saúde: perspectivas para o trabalho profissional na contemporaneidade**. Tandil, Año 4 - Nº 6, Diciembre de 2011 – ISSN 1852-2459.

CHAHADE, W. H. G.; RINA, D. N. PASTOR, E. M. H.. Como tratar Osteoartrose. **Revista Brasileira de Medicina**. Volume 58. Número 5, maio de 2001.

COHN, A. **A questão social no Brasil: a difícil construção da cidadania**. In: MOTA, C. G. (org.). Viagem incompleta: a experiência brasileira (1500-2000): a grande transação. São Paulo: SENAC, 2008.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1999.

COLOMBO F, TAPAY N. **Seguros privados de saúde nos países da OCDE: os benefícios e os custos para os indivíduos e os sistemas de saúde**. Paris: OECD Chefe de Publicações Serviços, 2004.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SERGIPE. Disponível em <<http://www.cremese.cfm.org.br>> Acesso em 02 fev. 2014.

CORDONI J. L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.1979.

CORTI, C. M., & RIGON, C. **Epidemiology of osteoarthritis: Prevalence, risk factors and functional impact**. Aging Clinical and Experimental Research, 2003.

COUTO, B. R. O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2006.

DATASUS. Dados da saúde em Goiás. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=05>> Acesso em 5 fev. 2014.

ELIAS, P.; COHN, A. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1999.

ESCOREL, S. **Equidade em saúde** (2012) Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>> Acesso em 28 ago 2013.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2008.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços ocupacionais do assistente social. In: **Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPESS, 2009.



IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home>> Acesso em 10 fev. 2014.

JAKOBSSON ULF, HALLBERG I: **Pain and quality of life among older with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review.** Journal of Clinical Nursing 11: 430-43, 2002.

KALCKMANN S, BATISTA LE, SOUZA LCF. **Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual.** In: ADORNO R; ALVARENGA A; VASCONCELOS

MP, (Org.). **Jovens, trajetória, masculinidades e direitos.** São Paulo: Edusp; 2007. p. 199-217

KELLY, M. Artigo “Goiânia aumentou em 66% o número de cirurgias eletivas realizadas em 2013” Disponível em <<http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/13/12/Goiania-aumentou-em-66numero-de-cirurgias.shtml>> Acesso em 13 jan 2014.

LESBAUPIN I. **O desmonte da nação.** São Paulo: Vozes, 1999.

LIMA, Cláudia. **Políticas públicas de saúde da população negra um breve histórico da saúde pública no Brasil (2012)** Disponível em <<http://www.claudialima.com.br/pdf>> Acesso em 10 dez. 2013.

LUCCHESI, P. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2003, vol.8, n.2, pp. 439-448.

MACHADO, G. **Estratégia de equidade: um estudo de acessibilidade aos exames de média e alta complexidade no SUS – Goiás.** Dissertação (mestrado) Universidade Católica de Goiás, 2006.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. **O SUS versus as diretrizes da política econômica.** Brasília: SER Social, 2009.

MARTINS, C. E. **Capitalismo de Estado e modelo político no Brasil.** Rio de Janeiro : Graal, 1979.

MÉDICI, A. C. **Incentivos governamentais ao setor privado no Brasil.** Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1994.

MENDES, P. B. M. T., **Cuidadores: Heróis Anônimos do Cotidiano.** Dissertação de Mestrado, São Paulo: Programa em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1995.

NATALIO, M. A.; OLIVEIRA, R. B. C. da; MACHADO, L. V. H. **Osteoartrose: uma revisão de literatura.** <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 15 - Nº 146 - Julio de 2010.

NETTO, J. P. **Autocracia burguesa e Serviço Social.** Tese de doutorado. PUC/SP. São Paulo, 1989.

PEREIRA, I. M. T. B. **Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável.** O mundo da saúde, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

PEREIRA, A. **Arborizada e planejada, Goiânia se destaca por parques e museus.** Folha de S. Paulo. 8 de maio de 2009.

PEREIRA, D. J.; SILVA, S. S. S.e; PATRIOTA, L. M. **Políticas sociais no contexto neoliberal: focalização e desmonte dos direitos.** Qualit@s - Revista Eletrônica – 2006, ISSN 1677- 4280

PEREIRA, P. A. **As vicissitudes no campo da teoria e prática do serviço social.** (2001) Revista Ser Social 9. Disponível em <[http://seer.bce.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/download/54/91](http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/54/91)> Acesso em 25 set. 2013.

PINHEIRO, R. **Integralidade em saúde** (2012) Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>> Acesso em 10 fev.2014.

PONTES, P. M. de. et. al., **O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jul-set; 13 (3): 500-07.

QUINTELA, A.; CASTRO, L. (2007). **Goyania:** Goiânia, de poema a topônimo Revista UFG. Página visitada em 4 de setembro de 2011.

RIBEIRO, E. **O Impacto da osteoartrose e osteoartrite na qualidade de vida dos idosos.** Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia. Universidade do estado do Amazonas, Escola Superior de Saúde, Universidade Aberta da terceira Idade, Centro de Referência, Documentação e Informação. – Manaus, v. 1, n 1 (jun-dez, 2008)

RIBEIRO, M.E. J. **Goiânia:** os planos, a cidade e o sistema de áreas verdes. Goiânia: Ed. Da UCG, 2004.

SALVADOR, E. **A reforma tributária desmonta o financiamento da Seguridade Social.** Brasília: SER Social, 2009.

SANTOS, J. S. **“Questão social”:** particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SHIMIZU; H. E.; XIMENA, P.; SANCHEZ, M. N. **Representações Sociais do SUS: Um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral.** Tempus - Actas de Saúde Coletiva, 2009.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. **Health promotion: concepts, principles and practice.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, E.L. da; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 3.ed. Florianópolis: UFSC, P.19-20, 2001.

SILVA, P. L. B. **Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década.** São Paulo Perspec. [online]. 2011, vol.17, n.1, pp. 69-85.

SIMIONATTO, I.; NOGUEIRA, V. M. **Políticas de saúde: do projeto formar à prática concreta.** Serviço Social & Sociedade. Ano XV, n. 44 abril 1994.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social.** Rio de Janeiro: Cortez, 1999.

SINGER, A. **Collor na periferia: a volta por cima do populismo.** São Paulo: Edusp/Fapes, 2010.

\_\_\_\_\_. **Esquerda e direita no eleitorado brasileiro.** São Paulo: Edusp/Fapes, 1999/ 2002.

SOARES, J. C. R. S; LIMA, L. C. W. **Reflexões sobre o SUS, seu modelo assistencial e a formação de recursos humanos de nível médio em vigilância sanitária.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social / Raquel Cavalcante Soares.** Recife: A Autora, 2007.

SOUZA, A. C. M.; BASTOS, C. P.; LÚCIO. Ricardo de Medeiros. **Desafios do desenvolvimento brasileiro.** Brasília: Ipea, 2011.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo /Renilson Rehem de Souza.** – 2002.

STAKE, R. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. **The handbook of qualitative research 2 nd. Ed. Thousand Oaks (Ca) Sage Publications,** p. 435-54, 2000.

TANEZINI, T. C. Z. **As vicissitudes da pesquisa e da teoria no campo da política social.** Ser Social, Brasília, n. 14 p. 1280 jan/junh, 2004.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde (2010).** Disponível em <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)> Acesso em 28 ago 2013.

VELOSO, Fe. A; VILLELA, A.; GIAMBIAGI, F.. **Determinantes do “milagre” econômico brasileiro (1968-1973):** uma análise empírica. RBE Rio de Janeiro v. 62 n. 2 / p. 221–246 Abr-Jun 2008.

VIANA, M. J. F. de. *Assistência social no contexto do pluralismo de bem-estar prevalência da proteção social plural ou mista, porém não pública.* Brasília: UNB, 2007. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília.

WACHELKE AG, MATSCHINSKE CR: **Fisioterapia no pós-operatório de artroplastia de quadril.** Fisioter Mov 3: 81-7, 2007.

WEINSTEIN SL, BUCKWALTER JA: **Ortopedia de Turek**, 5.a ed, São Paulo: Manole, 2000.

WOLFART, G. SUS. **O sonho da universalização e o pesadelo da segmentação.** Revista do Instituto Humanista Usininos, 2013. Disponível em < <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php>> Acesso em 28 ago 2013.

**ANEXOS**

**ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECEDO - (TCLE)**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
POS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU PRÓ-REITORIA DE POS-GRADUAÇÃO E PESQUISA MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECEDO - (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa no Ambulatório de Ortopedia do Hospital das Clínicas da UFG. Neste momento, você será esclarecido (a) e informado (a) sobre todos os procedimentos dessa pesquisa. Esse documento contém duas vias. A primeira via é esta que estou lendo para você. Aqui contém todas as informações sobre a pesquisa, após lê-lo, será assinado e entregue a você entrevistado (a), pela pesquisadora Célia Regina Marcelino da Silva. A segunda via é minha (pesquisadora), nela contém os seus dados e seu consentimento, dizendo que concorda em participar da pesquisa. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC-GO ou pelo telefone (62) 3946.1512 e também com a pesquisadora Célia Regina Marcelino da Silva - fones: (062) 9975-8141 e (062) 8313-9695 . Para uma maior compreensão desse processo e prestado os seguintes esclarecimentos:

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

- Instituição de Ensino: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).
- Curso: Mestrado em Serviço Social.
- Título do projeto: **AS IMPLICAÇÕES DA CIRURGIA DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL NAS CONDIÇÕES DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO**

**E CLINICA DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DAS CLINICAS/UFG-GOIANIA-GO(2013)**

- Orientadora: Professora: Dr.<sup>a</sup> Liliana Patrícia Lemus Sepúlveda Pereira  
telefone (62) 3946-1171

- Pesquisadora responsável: Mestranda Célia Regina Marcelino da Silva -  
Aluna regular no Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de  
Goiás, sob inscrição de nº 2012.1.098.001.0003 Fones: 3269.8255 ou 9975-8141,  
ou ainda pelo e-mail: [celiamarcelino@uol.com.br](mailto:celiamarcelino@uol.com.br)

- Instituição onde aconteceu a pesquisa: Hospital das Clinicas da UFG

**Titulo da Pesquisa: As implicações da cirurgia de artroplastia de quadril nas condições de vida dos usuários do ambulatório e clinica de ortopedia do Hospital das Clinicas - HC/UFG -Goiânia - Go / 2013.**

O objetivo desta pesquisa e investigar e analisar a implicação na condição de vida dos pacientes que aguardam e os que já fizeram a cirurgia de quadril e compreender como a espera interfere na vida desses pacientes.

A população do estudo será constituída por usuários que aguardam e os que já fizeram a cirurgia de artroplastia de quadril, atendidos no ambulatório e clinica de ortopedia do Hospital das Clinicas da UFG. Terá a duração de três meses, iniciando em julho/2013 e encerrando em setembro/2013.

Esta entrevista esta sendo realizada no horário e dia que você usuário informou a mim pesquisadora. A confiabilidade e o sigilo serão assegurados. Portanto, necessitamos de um lugar que nos proporcione tal segurança. Sua participação na pesquisa e livre, e o Sr. (a) tem a liberdade de desistir da participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo. A sua identificação será mantida em sigilo e seu nome será substituído por pseudônimo para preservar sua identificação. As entrevistas serão realizadas mediante a formulação de perguntas previamente elaboradas, necessitando um maior entendimento e atenção para que não percamos de vista a pergunta em foco e sem que nada prejudique as respostas. Após a entrevista, os questionários serão utilizados somente pela pesquisadora para transcrição das falas e dados que subsidiarão analises para a dissertação do mestrado.

Qualquer pesquisa com seres humanos esta sujeito arisco. Esta pesquisa tem a preocupafao em nao causar constrangimento, e nem provocar sentimento vexatório a você.

Quanto a riscos e desconforto, a pesquisa não lhe trará nenhuma complicação de qualquer natureza, seja de ordem legal, trabalhista / previdenciária, situação que provoque maus tratos, afronte ou constrangimento que possa lhe prejudicar. A aplicação do questionário não expõe sua integridade física, sua dignidade humana e qualquer tipo de humilhação e preconceito, seja de ordem psicológica ou econômica.



Se ocorrer algum gasto ou dano financeiro decorrente da pesquisa o participante será ressarcido pela pesquisadora. A mesma assume a responsabilidade de dar assistência integral as complicações decorrentes dos riscos previstos e não previstos neste projeto, mediante encaminhamento do Sr.(a) ao Centro Especializado de Psicologia ( Cepsi) /Puc-Go.

Espera-se que este estudo possa possibilitar debates sobre a política de saúde, baseados nas dificuldades de acesso que os usuários tem para a especialidade de ortopedia e quais implicações sociais que a espera pela cirurgia de artroplastia de quadril representa na vida desses.

O Sr (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa e não receberá nenhum salário e/ou qualquer remuneração por sua participação.

Este documento ficará por mais cinco anos sob a responsabilidade (pesquisadora), trancado em um armário de uso privativo em meu escritório.

Goiânia, \_\_ / \_\_ /

Nome e Assinatura do sujeito da pesquisa:

---

Nome e Assinatura da pesquisadora:

---

**CONSENTIMENTO DA PESSOA EM PARTICIPAR COMO SUJEITO DA  
PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/  
CPF/ n° de prontuário/ \_\_\_\_\_  
abaixo assinado, concordo em participar do estudo: AS IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA  
CIRURGIA DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL NAS CONDIÇÕES DE VIDA DOS  
USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO E CLÍNICA DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DAS  
CLINICAS/UFG - GOIANIA-G0(2013) como sujeito voluntario. Fui devidamente  
informado e esclarecido pela pesquisadora: CELIA REGINA MARCELINO DA SILVA  
sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis  
riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso  
retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer  
penalidade ou participação de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

**Local e data** \_\_\_\_\_

**Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:** \_\_\_\_\_

**Assinatura Dactiloscópica:**



**Nome e assinatura do pesquisador responsável:**

\_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a  
pesquisa e aceite do sujeito em participar.

**Testemunhas (não ligadas a equipe de pesquisadores):**

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Observações complementares:**

**ANEXO 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS USUÁRIOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOÁS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

SERVIÇO SOCIAL

**ENTREVISTA SOCIAL - ADULTO**

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ Nº DOC. \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nível de Escolaridade: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Situação Profissional: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Núcleo Familiar: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_

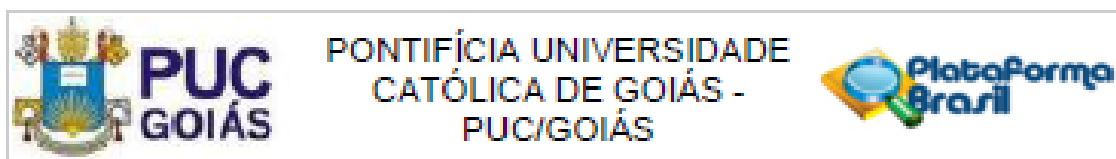
Renda: \_\_\_\_\_

Renda do Núcleo Familiar: \_\_\_\_\_

Moradia: \_\_\_\_\_

1. A necessidade pela cirurgia é devido a quê: acidente ou doença?
2. Há quanto tempo espera por essa cirurgia? O que significa essa cirurgia pra você?
3. O que esse acontecido provocou em sua vida? Como via e/ou levava a vida antes do acidente e/ou acontecido?
4. Como ficou depois que soube do diagnóstico médico?
5. O que significa pra você essa espera da cirurgia, e essa espera trás algum comprometimento para sua vida?
6. Você imagina alguma mudança na sua vida após o procedimento cirúrgico? Se já fez, o que mudou?
7. Como avalia o atendimento do HC/UFG?
8. E dos profissionais que lhe atende?
9. Qual é sua concepção de saúde? De direitos e de cidadania?
10. Como avalia o atendimento no SUS?
11. Você participa de alguma organização ou movimento de luta social? Se sim, Qual?
12. O que você espera e faz pra se ter uma sociedade melhor?
13. Que sugestões você tem para o governo, para a direção do HC e para a equipe do HC para melhorar a qualidade de atendimento aos cidadãos?

## ANEXO 3 – PARECERES CONSUBSTANCIADOS DO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AS IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA CIRURGIA DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL NAS CONDIÇÕES DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO E CLÍNICA DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFG - GOIÂNIA - GO 2013

**Pesquisador:** Cella Regina Marcelino da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 16886613.9.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DA NOTIFICAÇÃO

**Tipo de Notificação:** Outros

**Detalhe:** Atendimento de recomendações do CEP-UFG

**Justificativa:** Foram atendidas as recomendações solicitadas pelo Comitê de Ética da Universidade

**Data do Envio:** 20/11/2013

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 487.614

**Data da Relatoria:** 11/12/2013

**Apresentação da Notificação:**

**Término de execução do projeto**

**Objetivo da Notificação:**

**Término de execução do projeto**

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Adequado**

**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

**Adequado**

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.089

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

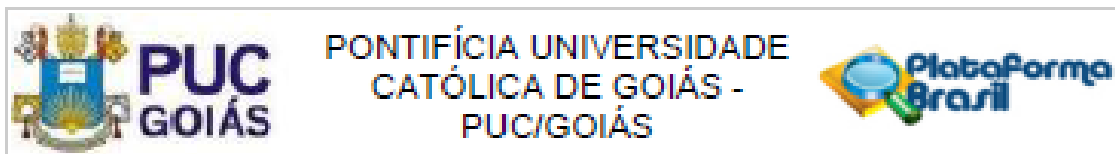
UF: GO

Município: GOIÂNIA

Telefone: (52)3046-1512

Fax: (52)3046-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



Continuação do Parecer: 487.814

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequado

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Notificação aprovada

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

GOIANIA, 11 de Dezembro de 2013

---

Assinador por:  
NELSON JORGE DA SILVA JR.  
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.089  
Bairro: Setor Universitário CEP: 74.605-010  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3048-1512 Fax: (62)3048-1070 E-mail: cep@puagoias.edu.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AS IMPLICAÇÕES SOCIAIS DA CIRURGIA DE ARTROPLASTIA DE QUADRIL NAS CONDIÇÕES DE VIDA DOS USUÁRIOS DO AMBULATÓRIO E CLÍNICA DE ORTOPÉDIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFG - GOIÂNIA - GO 2013

**Pesquisador:** Cella Regina Marcelino da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 16886613.9.0000.0037

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 458.783

**Data da Relatoria:** 31/10/2013

#### **Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa de mestrado sob a responsabilidade da pesquisadora Cella Regina Marcelino da Silva se propõe investigar e analisar as implicações sociais da cirurgia de artroplastia de quadril dos usuários do ambulatório da clínica de ortopedia do HC/UFG entre o período de 2011 a 2012.

Esta se apresenta como pesquisa qualitativa tendo como critério de inclusão: idades superior a 18 anos; independente do sexo; residir no município de Goiânia; estar na lista de espera da cirurgia há no mínimo um ano e concordar em participar do estudo.

**Critério de exclusão:** Serão excluídas as pessoas nas seguintes condições: estarem em lista de espera para mais de uma cirurgia ortopédica; apresentarem comprometimento da função mental e cognitiva e não concordarem em participar do estudo.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo primário:** Compreender o acesso à política de saúde dos pacientes que aguardam pela cirurgia de artroplastia quadril.

**Objetivo secundário:** Analisar as condições socio econômico dos pacientes que aguardam e/ou fizeram cirurgia, na perspectiva de direito sociais.(Constituição de 1988.

Oferecer subsídios para que os gestores possam compreender a importância de assegurar e ampliar o acesso às políticas públicas aos pacientes.

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
**Bairro:** St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020  
**UF:** GO **Município:** GOIÂNIA  
**Telefone:** (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8408 **E-mail:** cep@ufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 450.703

Descrever o percurso histórico e econômico dos pacientes para compreender sua interlocução com as políticas públicas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Essa pesquisa tem a preocupação em não causar constrangimento, exclusão e nem provocar sentimentos vexatórios a ninguém.

**Benefícios:** Espera-se que este estudo possa subsidiar debate as políticas de saúde; assegurar que os dados colhidos na pesquisa possam viabilizar a intervenção de profissionais e gestores contribuindo na melhoria da garantia de direitos; os usuários poderão dar visibilidade sobre dificuldades na efetivação de direito; A pesquisa poderá qualificar o atendimento aos usuários do ambulatorio e da clínica; provocar discussão acadêmica sobre as políticas públicas e maior participação no controle social.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esta pesquisa se torna relevante no sentido de contribuir na compreensão de aspectos da vida dessas pessoas com também evidenciar as repercussões físicas, sociais, econômicas e emocionais evidenciando melhorias expressivas nas assistencia ortopedica direcionada a este grupo social como também sensibilizar gestores para necessidade de ampliar o atendimento desse seguimento. Há necessidade contudo de um atendimento interdisciplinar que possibilite ao paciente melhor resposta ao tratamento mas também informações relacionadas aos seus direitos enquanto cidadãos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

**Recomendações:**

Atualizar o cronograma da pesquisa adequando de acordo com as datas de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa/HC/UFG.

Corrigir no TCLE "ambulatorio de glaucoma" para "ambulatorio de ortopedia"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende as recomendações da Resolução CNS 466/12 e não apresenta nenhum óbice ético. Sugerimos a sua aprovação com recomendações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8408 E-mail: cephoulg@yahoo.com.br



HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 458.783

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

GOIANIA, 15 de Novembro de 2013

---

Assinador por:  
**JOSE MARIO COELHO MORAES**  
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.805-020  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8428 E-mail: cephcufg@yahoo.com.br