



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CAMPUS REGIONAL DO VALE DO IVAÍ  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

TAIANE CRISTINE DE JESUS GARCIA SCARPARO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DAS  
POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DE  
ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE ATENÇÃO  
BÁSICA DO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ/PR**

TAIANE CRISTINE DE JESUS GARCIA SCARPARO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DAS  
POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DE  
ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE ATENÇÃO  
BÁSICA DO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ/PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Esp. Maria Celeste Melo da Cruz

TAIANE CRISTINE DE JESUS GARCIA SCARPARO

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DAS  
POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DE  
ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DO  
MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ/PR**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Ciências  
Sociais da Universidade Estadual de  
Maringá, como requisito parcial à obtenção  
do título de Bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Esp. Maria Celeste Melo  
da Cruz  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Examinadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Lilian T. Candia de  
Oliveira  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Examinador: Prof. Me. Marcelo Nascimento  
de Oliveira  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Ivaiporã, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Dedico este trabalho à melhor mãe do mundo, Claudinéia Garcia. Mulher que se coloca na vida com toda a garra possível e enfrenta tudo para proporcionar o melhor aos filhos.



## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é parte constitutiva da etapa mais sonhada e esperada de minha vida, a graduação. Hoje está materializado devido a todo acesso à realidade concreta que me foi proporcionado, durante os meus vinte e dois anos de existência, mas principalmente nos últimos quatro anos, predominante e exaustivamente dedicados a este ciclo. Assim, devo justamente considerá-lo como uma construção coletiva, na qual eu só pude me tornar protagonista em razão de toda rede material, de carinho e apoio com a qual pude contar durante o percorrer da vida para até aqui chegar. Devo gratidão a diversas figuras que nesta especial fase estiveram presentes, cada uma ao seu modo, me auxiliando.

Agradeço, sobretudo, à minha família, a linda família na qual eu tive o privilégio de ser escolhida para compor, pois sem sua acolhida e amor talvez eu não estivesse aqui para contar história nenhuma, tampouco para realizar trabalho algum. O usual é ter um pai, uma mãe, alguns irmãozinhos e cachorros, periquitos, papagaios, etc. para chamar de família. No entanto, eu, já que a vida sempre me faz fugir das regras, possuo mais do que uma família, pois esta se constituiu pelos laços do coração; possuo um pai nada convencional, mais de uma mãe, irmãos diversos mesmo sem ter o mesmo sangue, só uma avó e nada de cachorros, periquitos ou papagaios, e mesmo assim posso chamar de minha e recorrer ao colo quando preciso.

Em especial, agradeço exorbitantemente à pessoa responsável pela minha existência, por toda minha caminhada, pelos meus ganhos e que possui o meu infinito e mais puro amor, minha tia, minha Gordi, mais que mãe, Claudinéia. Minha gratidão só pode se expressar de forma imensurável, por ter escolhido ser mais que minha tia e ter desempenhado o papel de mãe com um imenso carinho e cuidado; por eu encontrar nela o maior apoio do mundo sempre, com sua empolgação mesmo para as pequenas coisas que decido fazer e permanência ao meu lado para as, então, realizações; por estar sempre disposta a bancar todos os meus sonhos, tanto financeiramente, quando possível, quanto com seu irrestrito incentivo; por ter se regozijado com a notícia da minha entrada na graduação e ter se proposto a não medir esforços para que esta fosse concluída, me proporcionando conforto com dedicação exclusiva para estudar. É nela que sempre me espelharei enquanto pessoa para as minhas mais ousadas buscas e é ela a quem devo agradecer por tudo.

Ainda, minha gratidão a meus pais de número dois, como costumamos brincar, meu tio Célio e minha tia Tata (carinhosamente conhecida como Cricri), por escolherem

também estar ao meu lado no caminhar da vida, me dando sempre amparo, carinho e cuidados, verdadeiramente como pais. Eles também se tornaram essenciais para vida, por nunca me negarem irrestrito apoio, mesmo não concordando muito com todas as minhas escolhas.

Igualmente preciso agradecer à Vóvis Gera, ao meu branquelo, bostinha e pestinha Célio Henrique, à minha gordinha preta Tainá, ao desnaturado Dione e à irmãzinha Ci, por toda estima. Eu sei que sou o motivo de orgulho deles e a neta/irmã mais linda (risos)!!! A existência deles na minha história é basilar para continuar a vida. Vó Geralda sempre uma peça, adora nos “dar trabalho”, mas mesmo com a sofrida trajetória irradia seu amor por nós e faz de tudo para nos paparicar. Célio Henrique, sem comentários... brincadeira! É o irmão mais maravilhoso do universo: tenta me copiar, me irrita, me tira da casinha, me bate, me xinga, mas ao mesmo tempo me enche de afetos, de mordidas e lambidas carinhosas, de orgulho e formula comigo planos que, quando não divertidíssimos, são super magníficos. Tainá já é a doida da família, com seu jeitão todo peculiar de ser, adora nos dar patadas, mas em compensação muitos sorrisos e cuidados; é a referência de “ermã” mais velha, com a qual você pode contar. Dione é o irmão mais velho e distante de todos; como já mencionado, desnaturado; mas sabemos que sempre foi nosso e que tem por nós grande carinho, demonstrando ao seu modo. A Cintia, minha mais nova, não tão nova assim, irmãzinha, que chegou de forma acanhada e especial em minha vida há pouco tempo e já dividimos alegrias, mesmo que ainda restritas; vive querendo saber como andam as coisas em Ivaiporã (seu modo de certificar afeto) e já diz que sirvo como orientação... não tem como não gostar.

Aqui também preciso mencionar e agradecer grandiosamente o melhor, mais lindo, mais legal, mais paciente e mais inteligente companheiro do mundo: Jota Pê. João foi todo paciência, ombro, abraços, carinho e literalmente suporte nos últimos dois anos da graduação. Mas pudera, o conheci na Universidade, em meio à ações do que tanto nos motiva: a busca, luta e construção de uma outra sociedade, que seja permeada por igualdade e liberdade! Além do mais, divide comigo uma relação maravilhosa, toda embasada em ternura, cuidado, respeito, companheirismo e dedicação. Parece clichê dizer isto, mas realmente encontro nele um ponto de equilíbrio e sensação de preenchimento com felicidade. Sou muito grata por estar dividindo todos os momentos da vida comigo. E, por toda ajuda, apoio e escutas com aconselhamentos durante a graduação... devo ser muito sortuda mesmo, pois como sempre brinco, nada como ter um companheiro Cientista Social, que é de extrema importância.

Agradeço, ainda, a todos meus verdadeiros amigos, que estão juntos (mesmo aqueles distantes) comigo em todos os ganhos e todas as perdas. Aos que tenho por longos anos e aos que a Universidade me permitiu ter. Sempre compartilhamos de cuidados, afetos, risos, lágrimas e êxtases, que são fundamentais para a minha vivência e edificação enquanto ser social. Essa vida é tão boa comigo que não dá nem para mencionar aqui uma lista com todos os nomes, pois ela seria tão extensa que eu correria o risco de passar despercebida com algum e acabaria sendo injusta. Mas, mesmo ao meu modo louco de ser, guardo cada um comigo e reconheço a imprescindibilidade de vocês na minha vitalidade!!!

Expresso, também, agradecimento à orientadora deste Trabalho de Conclusão de Curso, Celeste. Sou grata por ter reconhecido em mim algum potencial e ter me escolhido para ser sua orientanda mesmo com todos os percalços que existiram durante a graduação e com todas as limitações do tema que não era de sua área. Sou grata pela atenção, escutas e direcionamentos que foram dados. Mas principalmente, sou grata pelo respeito que teve por mim durante todo esse processo. Respeito este que não se expressou somente no reconhecimento em mim enquanto protagonista deste trabalho, mas que existiu, também, quando fiz a escolha, por posicionamento político e apoio, de interromper a produção nos momentos em que os trabalhadores da Universidade entraram em greve, onde ela foi efetivamente compreensiva, não me pressionando, não me cobrando e não apontando falhas com vistas a me punir pela escolha, pelo contrário, me ajudando com mais dedicação para que eu pudesse conseguir construir o trabalho da melhor maneira possível.

Por último, minha imensa gratidão a todos aqueles que auxiliaram para que eu pudesse realizar minhas pesquisas e tecer produções acadêmicas que culminassem neste trabalho. Agradeço a minha orientadora do PIBIC, Marlene, pessoa de grande referência para mim, por ter aceitado o desafio de me orientar antes mesmo de me conhecer e por ter me ajudado a melhorar enquanto pesquisadora, pensadora e escritora. E, agradeço aos trabalhadores e usuários da política de saúde de Ivaiporã, que tanto contribuíram ao se disporem em compartilhar comigo informações sobre suas inserções na saúde pública. Sem este auxílio este trabalho não teria como se materializar.

*“Dissidência ou a arte de dissidiar*

*Há hora de somar  
e hora de dividir.  
Há tempo de esperar  
e tempo de decidir.*

*Tempos de resistir.  
Tempos de explodir.  
Tempo de criar asas, romper as cascas  
porque é tempo de partir.*

*Partir partidos,  
parir futuros,  
partilhar amanheceres  
há tanto tempo esquecidos.*

*Lá no passado tínhamos um futuro  
lá no futuro tem um presente  
pronto pra nascer  
só esperando você se decidir.*

*Porque são tempos de decidir,  
dissidiar, dissuadir,  
tempos de dizer  
que não são tempos de esperar*

*Tempos de dizer:  
não mais em nosso nome!  
Se não pode se vestir com nossos sonhos  
não fale em nosso nome.*

*Não mais construir casas  
para que os ricos morem.  
não mais fazer o pão  
que o explorador come.*

*Não mais em nosso nome!  
Não mais nosso suor, o teu descanso.  
Não mais nosso sangue, tua vida.  
Não mais nossa miséria, tua riqueza.  
Tempos de dizer  
que não são tempos de calar  
diante da injustiça e da mentira.  
É tempo de lutar*

*É tempo de festa, tempo de cantar  
as velhas canções e as que ainda vamos  
inventar.  
Tempos de criar, tempos de escolher.*

*Tempos de plantar os tempos que iremos  
colher.*

*É tempo de dar nome aos bois,  
de levantar a cabeça  
acima da boiada,  
porque é tempo de tudo ou nada.*

*É tempo de rebeldia.  
São tempos de rebelião.  
É tempo de dissidência.  
Já é tempo dos corações  
pularem fora do peito  
em passeata, em multidão  
porque é tempo de dissidência  
é tempo de revolução”*

*[Mauro Iasi]*

SCARPARO, Taiane Cristine de Jesus Garcia. **Serviço Social e Saúde: reflexões acerca das possibilidades de inserção e contribuição de assistentes sociais na política de atenção básica do município de Ivaiporã/PR**. 2015. 190 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual de Maringá, Ivaiporã, 2015.

## RESUMO

O presente trabalho aborda a discussão sobre a inserção do(a) assistente social na política de saúde e tem como objeto as possibilidades de inserção e contribuição deste profissional na política de atenção básica em saúde do município de Ivaiporã/PR. O estudo foi construído a partir dos objetivos de apreender a trajetória histórica da política de saúde no Brasil, entendendo o lugar da atenção básica nesta política; de analisar a organização da atenção básica na política de saúde do município de Ivaiporã/PR; de examinar a inserção histórica do Serviço Social na política de saúde no Brasil; e, de problematizar o espaço de atuação de assistentes sociais nas equipes multiprofissionais de atenção básica em saúde de Ivaiporã/PR. A metodologia utilizada teve como base a abordagem qualitativa e o método dialético, utilizando-se de pesquisas bibliográficas e entrevistas semiestruturadas com trabalhadores da saúde do município para a construção das reflexões. Os resultados alcançados demonstraram a existência de um terreno fértil para a inserção e contribuição de assistentes sociais na atenção básica em saúde, haja vista inexistir estes profissionais para desempenhar ações nas equipes multiprofissionais inseridas nas Unidades Básicas de Saúde de Ivaiporã/PR. Demonstraram também, um quadro precário da saúde pública municipal e a visão distorcida do poder público acerca da profissão de Serviço Social. A realização deste trabalho visou contribuir como mecanismo de legitimação do(a) assistente social como profissional da saúde e como instrumento para fomentar discussões acerca da ampliação dos espaços sócio-ocupacionais para assistentes sociais e do Sistema Único de Saúde neste município.

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Atenção Básica em Saúde. Serviço Social.

SCARPARO, Taiane Cristine de Jesus Garcia. **Social Work and Health: reflections about the possibilities of insertion and contribution of social workers in primary health care policy in the municipality of Ivaiporã/PR.** 2015. 190 p. Final Course Assignment (Graduation in Social Work) – Universidade Estadual de Maringá, Ivaiporã, 2015.

### **ABSTRACT**

The present work deals the discussion about the inclusion of the social worker in health policy and has as object the possibilities of insertion and contribution by this professional on the primary health care policy of the municipality of Ivaiporã/PR. The study was built from the objectives to make apprehension of the historical trajectory of health policy in Brazil, understanding the place of the primary care in this policy; to analyze the organization of primary health care policy of the municipality of Ivaiporã/PR; to examine the historical insertion of the social work on health policy in Brazil; and, discuss the space of social workers in multiprofessional teams of primary health care in Ivaiporã/PR. The methodology used was based on the qualitative approach and the dialectical method, using bibliographic research and semi-structured interviews with health workers of the municipality to construct the reflections. The results showed the existence of a fertile ground for the insertion and contribution of social workers in the primary health care, since not to exist these professionals to perform actions on the multiprofessional teams in Basic Health Units in Ivaiporã/PR. They have also shown a precarious board in the municipal public health and the distorted vision of the public power about the social work profession. This work has the intention to contribute as a mechanism of legitimation of the social worker as a health professional and as an instrument to foment discussions about the expansion of the socio-occupational spaces for social workers and of the Health System in this municipality.

**Key Words:** Public Health. Primary Health Care. Social Work.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Estabelecimentos de saúde existentes no município de Ivaiporã/PR.....	121
Quadro 2-	Estabelecimentos públicos de saúde existentes no município de Ivaiporã/PR.....	122
Quadro 3-	Estabelecimentos privados de saúde existentes no município de Ivaiporã/PR.....	122

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AIS	Ações Integradas de Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ENESSO	Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Iniciação Científica
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MESP	Ministério da Educação e da Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
ONG	Organização não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PEC	Programas de Extensão de Cobertura
PEP	Projeto Ético-Político
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família

SAMDU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
1.1	CAMINHOS QUE LEVARAM ATÉ A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	19
1.2	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	27
1.3	APRESENTAÇÃO DO TRABALHO .....	32
<b>2</b>	<b>A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE</b> .....	<b>35</b>
2.1	A SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA DA SAÚDE PÚBLICA ENTRE AS DÉCADAS DE 1930 E 1980 .....	37
2.2	A POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1990: O PROJETO PRIVATISTA E OS REBATIMENTOS NA SAÚDE PÚBLICA .....	57
2.3	A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO E TRAJETÓRIA NA SAÚDE PÚBLICA .....	66
<b>3</b>	<b>SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DA PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL E DA ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE</b> .....	<b>80</b>
3.1	SERVIÇO SOCIAL: PROFISSÃO CIRCUNSCRITA NA DIVISÃO SOCIAL E TÉCNICA DO TRABALHO, COM OBJETO, PROCESSOS DE TRABALHO E SIGNIFICADO SOCIAL.....	81
3.2	SERVIÇO SOCIAL NAS DÉCADAS DE 1980 E 1990: OS ELEMENTOS QUE EMBASARAM A TRAJETÓRIA PECULIAR DESTA PROFISSÃO E TRAÇARAM SEU PERFIL CONTEMPORÂNEO.....	86
3.3	O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: PARTICULARIDADES HISTÓRICAS E ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	100
3.3.1	A Atuação do(a) Assistente Social na Saúde a partir da Constituição do Sistema Único de Saúde.....	105
3.3.1.1	Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.....	109
<b>4</b>	<b>REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DE INSERÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA</b>	

	<b>POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ/PR.....</b>	<b>121</b>
4.1	O MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ/PR E OS SERVIÇOS OFERTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE .....	121
4.1.1	Centro Municipal de Saúde de Ivaiporã/PR .....	124
4.1.2	Unidade de Atenção ao Programa Saúde da Família (UAPSF - Ivaiporã) .....	127
4.1.3	Unidade Básica de Saúde da Família da Vila Nova Porã .....	131
4.1.4	Unidade Básica de Saúde da Família da Vila João XXIII .....	135
4.1.5	Unidade Básica de Saúde da Família de Alto Porã .....	137
4.1.6	Unidade Básica de Saúde da Família de Jacutinga, Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Bárbara e Posto de Saúde da Vila Rural....	138
4.1.7	Unidade Básica de Saúde de Monte Castelo .....	142
4.2	AS POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ/PR.....	147
	 <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	 <b>172</b>
	 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	 <b>177</b>
	 <b>APÊNDICES .....</b>	 <b>185</b>
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista – Secretário Municipal da Saúde .....	186
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista – Diretora da 22ª Regional de Saúde .....	187
	APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista – Assistente Social do Centro Municipal de Saúde .....	188
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	189

## **1 INTRODUÇÃO**

Com o objetivo de apresentar este trabalho e situar o leitor sobre os elementos que o compõe, a Introdução está estruturada em três itens, que se dividem entre: “Caminhos que levaram até a construção do objeto de estudo”, o qual explanará como este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi objetivado e como foi idealizado o seu objeto; “Considerações metodológicas”, que compreende os procedimentos metodológicos constituintes da pesquisa, explanando o processo de execução do trabalho; e, o item “Apresentação do trabalho”, o qual demonstra como o trabalho está construído, a partir de seu desenvolvimento.

### **1.1 CAMINHOS QUE LEVARAM ATÉ A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

Toda experiência de pesquisar e produzir conhecimentos sobre um determinado assunto nos lança num imenso mar de ilustrações, cheio de descobertas a se fazer, que acaba nos revelando a imensas possibilidades e nos colocando em contato com “diversos mundos”.

Pesquisar é como adentrar em um terreno que pouco sabemos só de sua aparência, mas temos a necessidade de conhecer mais sobre suas reais características para que possamos edificar algo neste espaço. Com isto, a pesquisa por nos dispor tantas descobertas, acaba se dando não somente a partir de teorias e métodos, mas também no envolvimento que requisita do pesquisador, despertando em nós diversos olhares para a realidade social e, ainda, novos sentimentos.

Analisa-se assim, que este ato é complexo e contínuo, porém uma experiência que nos apresenta um processo de constante metamorfose e a vontade de cada vez mais conhecer sobre os diversos assuntos com os quais tivemos alguma aproximação.

Desta forma, o trabalho aqui apresentado é resultado do lançar-se num imenso mar de ilustrações, onde, durante o mergulhar, foram feitas inúmeras indagações, das quais uma tornou-se objeto. Este, portanto, não significa uma mera influência do acaso, mas sim possui perspectiva de questionamentos da própria realidade durante o percorrer acadêmico. Cabendo aqui, assim, a revelação de maneira sintética da trajetória percorrida para sua materialização.

Durante grande parte da graduação ouvia dizer que o (a) assistente social é o profissional da denúncia e do anúncio. Da denúncia por ter que revelar os processos obscuros, limitados e contraditórios que se apresentam na realidade social. E do anúncio por ter que apresentar, após a revelação destes processos, proposições críticas e criativas para possibilitarem a transformação do que foi revelado.

Além disso, na disciplina de Fundamentos Históricos, Teóricos e Metodológicos do Serviço Social III, estudamos um texto<sup>1</sup> de Marilda Iamamoto, inclusive utilizado para a construção deste trabalho, onde a autora alerta aos(as) assistentes sociais que é preciso levar para o debate público o exercício e/ou o trabalho do (a) assistente social. Sendo este um desafio, pois é somente através da investigação, pesquisa e produção acadêmica sobre esta área que é possível colocar em destaque os processos de trabalho do (a) assistente social, as limitações que encontram as políticas nas quais está sendo impressa sua atuação profissional, as experiências sucedidas com programas e projetos, dentre outros aspectos, para que possam colaborar e impulsionar como instrumentos para a luta por direitos e democracia. É somente quando se coloca em cena o trabalho do(a) assistente social, que se demonstra sua utilidade social, bem como se problematiza o que o circunda.

Deste modo, impregnada por estas reflexões, pelas vivências da graduação e pelos conhecimentos sobre as políticas sociais ofertadas no município de Ivaiporã/PR, quando precisei entregar o Projeto de Pesquisa que antecede o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), problematizei que gostaria de fazer um trabalho que pudesse ser utilizado como denúncia e anúncio para a sociedade, que tivesse contido alguma problematização que pudesse servir ao menos como início da construção de instrumento de luta para alargar direitos neste município.

Ademais, durante os anos de 2014 e 2015, mais precisamente de agosto/2014 a agosto/2015, concomitante ao processo de escrita do projeto do TCC e elaboração deste, realizei uma Iniciação Científica (IC) extracurricular, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), através da qual

---

<sup>1</sup> IAMAMOTO, Marilda Vilella. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. 2010. Disponível em: <[http://unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto\\_introdutorio\\_Marilda\\_Iamamoto.pdf](http://unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto_introdutorio_Marilda_Iamamoto.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2015.

eu pude conhecer mais sobre a política de saúde do município de Ivaiporã/PR e alguns aspectos inerentes a esta.

Na IC o meu objetivo era problematizar como é conduzida a política de saúde deste município, especialmente a complexidade de atenção básica em saúde. Assim, realizei um mapeamento dos serviços de saúde que são dispostos no município, com o objetivo de reconhecer, caracterizar e entender tais serviços e sua oferta. Para tanto, a pesquisa se deu em três momentos, além da apreensão em fontes bibliográficas a partir dos expoentes que contribuem para a problematização da política de saúde no Brasil.

No primeiro momento foi realizado levantamento em fonte primária, particularmente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a fim de reconhecer os dispositivos públicos e privados oficialmente registrados em Ivaiporã/PR. O CNES existe por determinação do Ministério da Saúde para que todos os estabelecimentos que prestem algum tipo de assistência à saúde, pública ou privada, o preencham com informações, de modo a servir de base estatística em saúde. Os estabelecimentos devem preenchê-lo informando dados básicos, estrutura física, serviços prestados, equipamentos disponíveis, recursos humanos, dentre outros. É obrigatório que as informações sejam mensalmente atualizadas em caso de mudanças de algum dado do estabelecimento ou dos profissionais que atuam neste, especialmente as mudanças referentes à inclusões e exclusões.

Por ser um cadastro a ser alimentado pelos próprios serviços para servir de estatísticas e demonstração das estruturas, com esta primeira aproximação ao território visualizei a necessidade de acessar neste cadastro as informações dos estabelecimentos de saúde existentes em Ivaiporã/PR e contrastar estas informações com a realidade. Assim, num segundo momento, dado o recorte da pesquisa ter se voltado à atenção básica em saúde (ABS) por esta ser a “porta de entrada do SUS” e, então, demonstrar em grande parte o acesso que os usuários têm aos serviços públicos de saúde, visitei os serviços de saúde que ofertam atenção básica em saúde (um total de 09, sendo 02 inexistentes no CNES), realizando observação etnográfica a fim de mapear, reconhecer, entender e caracterizar estes dispositivos de saúde pública e coletar informações tomadas da realidade para contrastar com os dados constantes do CNES.

No terceiro momento, após o percorrer etnográfico dos serviços de saúde de Ivaiporã/PR que ofertam atenção básica em saúde, foi escolhida uma Unidade

Básica de Saúde (UBS)<sup>2</sup>, comprometida com execução da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como território privilegiado para focalizar especialmente a pesquisa etnográfica. Este serviço de saúde público mais especialmente etnografado foi a UBS de Saúde da Vila Nova Porã. Na cidade de Ivaiporã, a Vila Nova Porã é conhecida como Bairro do Maneco, sendo totalmente estigmatizada pela população e noticiado como bairro perigoso. Por não ser natural de Ivaiporã e vir para o município somente para estudar, durante toda a graduação presenciei diversos relatos de como as pessoas que residem neste local sofrem preconceitos e são apontadas pejorativamente pela cidade, chegando a omitir sobre seu endereço nos currículos para conseguir vagas de emprego. Sempre ouvi falas na cidade referindo o bairro como: “aquele é o bairro dos bandidos”, “aquele é um bairro perigoso”, “lá só tem trombadinhas”, “não pode dar moral para aquelas pessoas”. Isto sempre me inquietou pelo fato de apontar para a existência de um bairro em extrema vulnerabilidade social, com pessoas que vivenciam no seu cotidiano o abandono do Estado pela classe social que ocupam, onde, portanto, pode se observar aí uma das respostas para o estigma agregado ao local.

Para a construção deste trabalho, foram realizadas entrevistas com 20 pessoas envolvidas nos serviços da ABS de Ivaiporã/PR, sendo estas 06 (seis) usuários e 14 (catorze) trabalhadores da saúde. Estas entrevistas seguiram a metodologia semiestruturada, através de um roteiro de questões, objetivando captar o que era mais considerável saber durante as conversas, para poder nortear a construção das análises, pois o mais interessante e importante era possibilitar que os entrevistados apontassem aquilo que eles percebiam/compreendiam como necessidade de compartilhar sobre a questão da saúde.

A escolha da metodologia centrada na etnografia deveu-se ao PIBIC estar inserido no campo da antropologia da saúde, pelo curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá/Campus Regional do Vale do Ivaí não ter neste período histórico pesquisadores desta área que pudessem orientar esta pesquisa e, assim então, pela orientadora da pesquisa ser uma antropóloga, lotada no Campus Sede da Universidade. Além disso, deveu-se, também, às potencialidades da etnografia para observação da realidade do serviço público de saúde, pela facilidade

---

<sup>2</sup> A Unidade Básica de Saúde (UBS) detêm posição central na organização da oferta de serviços de saúde pública no Brasil, pois é considerada a “porta de entrada” dos usuários no SUS e reconhecida mundialmente como responsável pela resolução de 80% dos problemas de saúde da população (WHO, 1978).

que realiza na revisão contínua dos aspectos observados à articulação aos aspectos teóricos.

A etnografia se realiza como estudo denso e descritivo dos fatos e, como aponta Marisa Peirano (2007, p.311), “não pode ser apenas ensinada como uma técnica; ela se desenvolve na medida em que o pesquisador vai se imbricando no campo, vai se relacionando com os sujeitos e construindo um processo reflexivo sobre suas vivências e impressões”. Neste sentido, pode ser compreendida como um método que se alimenta da própria investigação e, portanto, pode ser enriquecido e ampliado no momento da pesquisa, uma vez que possibilita revisão contínua do seu desenvolvimento. Além disso, como está aliada ao afastamento do etnocentrismo e à necessidade de relativização, quando se faz observação sistemática e sistêmica das situações *in loco*, tem por benefícios ser capaz de favorecer a reflexão sobre a prática e modos de pensar dos atores sociais, através de contextos e suas dimensões. Favorece a análise global porque considera todos os aspectos intrinsecamente ligados e relacionados aos fenômenos existentes, e guarda o potencial de envolver em todo o processo os pesquisados e pesquisadores, enriquecendo mais ainda a investigação e se aproximando, observando, anotando, avaliando, registrando, comparando, refazendo percursos e conclusões com mais atenção.

Porque viabiliza uma maneira mais apurada na forma de como olhar, ouvir e escrever sobre o campo observado, a etnografia passou a ser frequentemente utilizada como método nas pesquisas em saúde. O campo da saúde precisa ser entendido através do conceito de cultura e das percepções, representações e significados dos fenômenos de saúde, doença e cura que conformam o ponto de vista dos profissionais e usuários da saúde, de forma clara e tomada em sua totalidade e não reduzidos à descrição de procedimentos e de um conjunto de técnicas. Assim, a etnografia permite desvelar como se dá o fenômeno sociocultural da saúde, o processo de adoecimento e as estratégias de tratamento ou cura a partir de reflexão crítica no interior destes processos (PEIRANO, 2007).

Assim, ao longo da IC, pude entrar em contato com diversas problematizações de questões que se articulam à política de saúde de Ivaiporã/PR, como sua estrutura, funcionamento, interação com os usuários e suas necessidades, equipes, dentre outros aspectos. Porém, um dos itens que mais capturou minha atenção foi a questão das equipes mínimas dos serviços de saúde pública,

principalmente da atenção básica em saúde que é o nível de atenção que mais pode se aproximar do cotidiano dos indivíduos e das famílias em seus territórios. Além disso, as equipes multiprofissionais de saúde da atenção básica não contam com nenhum(a) assistente social em seu quadro para desempenharem seus processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O que me impeliu a problematizar como seria importante a atuação deste profissional nestes espaços, dado o caráter das ações que poderia estar desempenhando na saúde pública do município, que encontra muitas limitações como apontarei logo em seguida, as quais serviram cada vez mais para embasar a construção do meu projeto de TCC e ter como objeto deste trabalho a problematização das possibilidades de inserção e contribuição do(a) assistente social na atenção básica de saúde do município de Ivaiporã/PR.

Durante as sucessivas aproximações com a realidade da política de saúde de Ivaiporã/PR, cada vez mais senti a necessidade de produzir conhecimentos acerca da atuação do(a) assistente social na saúde. Muitas questões me foram elucidativas, mas principalmente as falas dos trabalhadores das equipes multiprofissionais dos serviços de atenção básica, quando nas entrevistas ao serem indagados sobre a necessidade de se ter outros profissionais para o desempenho nos processos de trabalho e, da contribuição dos (as) assistentes sociais nas equipes, sinalizaram de forma positiva sobre a necessidade de outros profissionais e da inserção de assistentes sociais nas equipes.

Deste modo, como foi iniciada definitiva e massivamente a produção deste TCC somente quando concluída a IC – devido a diversos fatores, mas principalmente pela greve dos trabalhadores do funcionalismo público do Paraná, que paralisou as Universidades durante dois períodos este ano, onde por posicionamento político e apoio aos trabalhadores eu também paralisei as atividades acadêmicas curriculares, – com o seu findar houve a certeza que seria esse o objeto de pesquisa do trabalho de conclusão de curso. Se meu intento era que este trabalho contribuísse como instrumento de luta no alargamento de direitos neste município, certamente este deveria ser o tema que eu deveria colocar em cena. Lamentavelmente não consegui alcançar aqui discussões que havia tentado quando planejei o trabalho, dado as limitações temporais, mas busquei traçar ao menos ensaios que possam servir de bases para maiores problematizações posteriormente e para que este período da história fique ao menos registrado.

Sobre a política de saúde de Ivaiporã/PR, problematizei diversas questões que precisam aparecer neste preâmbulo para situar minimamente o leitor sobre o que tive por objetivo alcançar neste trabalho. Cabe aqui, primeiramente, ressaltar o contraste encontrado nas informações que o CNES disponibiliza e a realidade encontrada nos serviços onde ocorreu a pesquisa etnográfica. A discrepância entre muitas informações, principalmente sobre o quadro de funcionários e estrutura dos serviços públicos de saúde, bem como o ocultamento da existência de alguns serviços, abre brechas para diversas indagações, tais como: Qual seria o interesse dos responsáveis pelos serviços em manipular as informações ao CNES que servem como base de dados para a geração de estatísticas? O poder público quando omite e manipula informações teria o intuito de forjar as condições para o recebimento de recursos dos outros entes federativos e de estampar certa imagem de sua gestão? Com relação ao funcionamento de dois serviços de saúde voltados para a atenção básica em saúde, será que são inexistentes para o CNES, por talvez não possuírem alvará de funcionamento por conta das extremas condições precárias em que se encontram?

Indagações que podem nos levar a ponderar o papel das informações produzidas para a condução do planejamento e das ações de saúde. Os dados nos servem como guia para se ter bases nos diversos assuntos. Eles podem sustentar as nossas orientações, opiniões e imagens. No entanto, são manejados pelas pessoas, com diversos intentos e propósitos, que estabelecem o curso dos dados de acordo com os desejos e necessidades a fim de alcançar algum objetivo. Quando se controla as informações de modo a deixar transmitir apenas aquilo que é de interesse, pode-se falar em manipulação. A seleção de informações pode levar à fragmentação da realidade, o que conseqüentemente levará à formulação de conhecimentos e opiniões distorcidos. A discrepância em relação aos conteúdos que estão imbricados nas estatísticas podem acarretar no falseamento dos fatos com vistas a atingir objetivos.

Estas ponderações servem para refletir como os serviços de saúde públicos de Ivaiporã/PR são colocados nas estatísticas, através das informações disponibilizadas no CNES, e estampados para o conhecimento da sociedade.

Além da importante questão de como se produz informações neste município, é importante também tecer aqui reflexões de como os serviços de saúde são distribuídos até chegarem à população. Percebe-se em Ivaiporã/PR o enorme

precedente que o Estado abriu ao mercado nos serviços de saúde, possibilitando assim grande desigualdade entre os serviços públicos e privados ofertados. Os dados apresentados no decorrer da pesquisa apontaram, como também veremos neste trabalho, em Ivaiporã/PR o Estado como favorecedor da grande desigualdade de qualidade nos serviços, o que evidencia que neste município a saúde é vista como um bem de mercado como outro qualquer. Os números e as estruturas presentes nos serviços de saúde públicos deste município, quando comparados com os privados e mesmo com os dados constantes do CNES, assinalam sua precariedade. Constata-se, assim, a presença de convênios SUS/ Setor Privado como promotores de desgastes financeiros significativos para o SUS. Neste sentido, a manutenção de serviços públicos de saúde precários favorece as empresas privadas, fazendo da ideia de “demonizar” o Estado e “divinizar” o mercado uma alternativa cada vez mais presente, como Souza (2011) problematiza.

No que refere à qualidade dos serviços de saúde pública do município, frisa-se a insuficiência no sentido de dar atendimento às necessidades em saúde da população, que persiste destituída de ser reconhecida em seus direitos plenos. Como veremos no Capítulo III deste trabalho, é chocante observar um serviço de saúde que obriga o trabalhador a utilizar seu próprio celular para realizar as tarefas cotidianas. É impactante saber que um usuário utiliza um serviço público no mesmo espaço em que ocorrem velórios. A falta de estrutura para atendimento define um cenário alarmante para a oferta de serviços de saúde e impede que as pautas de humanização do SUS sejam cumpridas.

A observação etnográfica comprovou a completa falta de respeito, por parte do poder público, para com as demandas dos usuários. Nota-se, na questão da oferta de serviços de saúde no município de Ivaiporã/PR, que na realidade prática as políticas públicas ignoram que melhorias na saúde demandam elevação na qualidade de vida, onde o Estado é omissor em assumir seu compromisso neste sentido, mesmo estando assegurado constitucionalmente. Contudo, ao longo do trabalho analisou-se que o Estado elabora políticas sociais consistentes com as lutas pelos direitos em saúde da população, no entanto não se responsabiliza por criar as condições efetivas para que as políticas públicas e sociais em saúde sejam implantadas em integralidade e conformidade com as propostas originais. A carência e/ou completa falta de recursos econômicos, humanos e físicos é nítida,

deixando-nos observar que os serviços de saúde públicos padecem pela impossibilidade de realizar a devida transposição das políticas para a prática.

Por último, constata-se através da pesquisa realizada, que em Ivaiporã/PR produzir saúde não implica ponderar sobre a situação concreta de vida, moradia, alimentação, esporte, lazer e trabalho da população. Deste modo, as desigualdades sociais são cada vez mais reafirmadas, ressalta-se a precariedade dos serviços públicos. Ao final, encontramos os indivíduos segregados entre os que podem pagar por serviços privados e os que não podem, cabendo para estes últimos a paciência de aguardar em filas de espera.

Desta forma, este TCC se caracteriza como uma continuação da minha IC, porém inserido agora na área do Serviço Social, com novo objeto, nova orientadora e novos procedimentos metodológicos. Nele não foram descartadas todas as sucessivas aproximações e considerações traçadas a partir da política de saúde de Ivaiporã/PR apreendida na IC, pelo contrário, utilizou-se de todo conhecimento produzido para construir outra discussão e espera-se potencializar outras novas com seu conteúdo.

## **1.2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

Evidentemente o ser social sempre indaga questões que são fruto da objetividade social. No entanto, para desvendá-las, minimamente, na tentativa de contribuir com problematizações concretas acerca da realidade social, precisa-se de conhecimentos profundos e utilizar da investigação científica para sistematizar o objeto do qual se aproxima para conseguir apreender suas conexões. Pois os objetos, principalmente do Serviço Social, são emergentes da realidade concreta e estabelecem mediações em uma sociedade que se produz e se reproduz através de contradições (LARA, 2007).

Deste modo, de acordo com Lara (2007, p. 75), “o modo de sistematizar a realidade social tem que passar, necessariamente, pelo crivo da crítica”, para dar com segurança possíveis respostas que sejam aceitas pela objetividade social, dado a humanidade necessitar de “respostas ao conjunto dos ‘problemas econômicos, políticos, sociais e culturais’ que a assolam” (LARA, 2007, p.75).

Quando nos norteamos pela crítica com vistas a contribuir com problematizações e respostas para a realidade social, elegemos um método como

base de concepção. O método é o modo de apreensão do real, a visão de mundo que norteia o pesquisador, na qual este se apoia para suas investigações. Diferentemente da metodologia, que seria o caminho percorrido, a partir de um conjunto de procedimentos técnicos, para a realização da pesquisa (LARA, 2007).

Assim, existem diversos métodos os quais podem ser utilizados para produzir conhecimento científico. No entanto, ao ter como base de concepção a crítica, estamos nos orientando pelo método dialético formulado por Karl Marx, o qual veremos mais adiante. Segundo Netto (2011, p. 18) a perspectiva crítica traçada a partir de Marx não se trata de “uma visão vulgar de “crítica”, de se posicionar frente ao conhecimento existente para recusá-lo ou, na melhor das hipóteses, distinguir nele o “bom” do “mau””. Trata-se, pois, de examinar racionalmente o conhecimento, seus fundamentos, condicionantes e limites. Evidenciando que a crítica não é rasa, depreciativa e utilizada para falar “mal”, mas é um instrumento sistemático que nos possibilita perscrutar algo através de vários pontos.

O método elaborado por Marx, com caráter eminentemente histórico, foi fruto de longa elaboração teórica, iniciada na década de 1840 até sua morte, em 1883. Marx alertou que para a apreensão da realidade social era preciso ter claro duas questões: primeiro, as coisas não são o que aparentam, possuem uma essência, e é necessário um processo de sucessivas aproximações para a superação desta aparência; segundo: esse processo de reflexão deve constituir-se em um método para se aproximar da realidade e ultrapassar as aparências, o que não se constrói com pouco tempo (NETTO, 2011).

A proposta de Marx era de fazer uma análise da sociedade burguesa, mas não de forma contemplativa e sim de maneira crítica, com o objetivo de desvelar a sua estrutura e a sua dinâmica, fazendo apontamentos de suas contradições. Assim, ao longo de suas reflexões e produções observou que o método com o qual trabalhava era dialético, onde o material se traduzia como ideal. Sendo um erro, então, supor que em Marx há um método com um conjunto de regras para se aplicarem em um objeto investigação, pois o método implica em uma perspectiva que vai permitir o pesquisador extrair do objeto suas múltiplas determinações (NETTO, 2011).

Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou (NETO, 2011, p. 22).

O método dialético possui base material, onde admite a hegemonia da matéria em relação às ideias. E, pode ser entendido como método de interpretação da realidade, ao admitir que todo fenômeno apresenta aspectos contraditórios constituindo unidade de opostos e construindo, assim, fonte para o desenvolvimento da realidade, aos opostos se apresentarem num constante movimento de luta entre si; ao ressaltar que todos os fenômenos possuem quantidade e qualidade que estão inter-relacionadas; e, ao problematizar que a negação do que prontamente se apresenta conduz a desenvolvimentos e não a retrocessos (GIL, 2011).

De tal modo, é um método que considera a historicidade dos processos sociais e dos conceitos ao ter como proposição a análise dos contextos históricos, das determinações socioeconômicas dos fenômenos, das relações sociais de produção e de dominação para a compreensão da realidade social, “que é mais rica que qualquer discurso construído sobre ela” (MINAYO, 2012, p.24).

Portanto, tal método é imprescindível para pensar a teoria de Marx, que tem caráter revolucionário, pois visa a supressão da sociedade burguesa, bem como é imprescindível para nortear pesquisas que se constroem em benefício da classe trabalhadora. E, logo, se a “questão social” foi eleita majoritariamente como objeto de trabalho do(a) assistente social, como veremos sua explicação ao logo deste trabalho, é imprescindível também entender a teoria de Marx, que subsidia toda a discussão de sua anatomia. Assim, para as pesquisas em Serviço Social, profissão em que seus objetos de estudos partem da realidade concreta socialmente determinada, o método dialético é substancial, o que justifica este método ter sido eleito como base de concepção deste trabalho.

Para além do método, no processo de produção de conhecimento sobre um dado objeto, o pesquisador se utilizará também de diversos instrumentos e técnicas de pesquisa que são meios para se apoderar da matéria (NETTO, 2011).

O que pode ser entendido, segundo Minayo (2012), por metodologia, que se resume no:

Caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas. [...] Na verdade, a metodologia é muito mais que técnicas. Ela inclui as concepções teóricas de abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade. Enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, a teoria e a metodologia caminham juntas, intrinsecamente inseparáveis. Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2012, p. 14-15).

Na tentativa de expressar, ainda que limitadamente e somente a partir de um recorte, o movimento real do objeto deste trabalho, no plano do pensamento, este trabalho será constituído por diversos passos.

Primeiramente, vale ressaltar que esta pesquisa é social. A pesquisa social “permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social” (GIL, 2011, p. 26), pois busca respostas para problemas, através de procedimentos científicos, que se inserem para além do âmbito social, mas que envolve aspectos relativos às relações sociais e instituições sociais. De tal modo, se insere em diversas esferas das ciências Humanas e Sociais, como Antropologia, Sociologia, Ciência Política, Psicologia, Economia, entre outras (GIL, 2011).

Além disso, é uma pesquisa de caráter qualitativo. A abordagem da pesquisa qualitativa considera haver relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, entre o objeto e o pesquisador, ressaltando que o conhecimento não está reduzido ao elencar de dados isolados que se conectam por teoria explicativa, mas sim que o sujeito/pesquisador é uma parte integrante deste processo de conhecimento e vai interpretar os fenômenos dos quais se aproxima, lhes emitindo significados. Assim, é uma vertente que considera que o objeto está possuído de significados e relações concretas e que possui orientações filosóficas, onde dentre estas a dialética é uma delas (GIL, 2011).

Em segundo lugar, é um trabalho que se constituiu através de um ciclo de pesquisa, que segundo Minayo (2012), é um processo de trabalho que se dá em ciclos pois se inicia com uma pergunta e termina com uma resposta ou um produto que pode gerar novas indagações. Para a autora, ainda, este processo de trabalho da pesquisa qualitativa se dá em três fases, que seria a fase exploratória, o trabalho de campo e a análise e tratamento do material levantado e construído.

Desta forma, na fase exploratória foi realizado um desenvolvimento teórico acerca dos assuntos que circundam o objeto, com vistas a alocá-lo na história e minimamente entender como se concretiza na realidade social.

Na fase de trabalho de campo, buscou-se apreender o desenvolvimento teórico já construído anteriormente, a partir do objeto. Para tanto foi uma fase em que primeiramente se voltou para reconstituir as problemáticas ensaiadas inicialmente na Iniciação Científica (IC) que embasou este trabalho, e, em um segundo momento, buscou apreender novas questões a partir do levantamento de outros dados.

A fase de análise e tratamento do material empírico e documental teve como objetivo compreender e interpretar os antigos e novos dados levantados e articulá-los com as construções teóricas que fundamentaram o trabalho. E, assim, foi construído o Capítulo III deste trabalho, que se desenvolve em três momentos, explicados a seguir.

No primeiro momento há o resgate, a partir da pesquisa de campo da IC, que ocorreu nos meses de junho, julho e agosto do corrente ano, sobre como está delineada a política de atenção básica em saúde no município de Ivaiporã/PR. Para tanto, são utilizados os dados colhidos e sistematizações feitas desta pesquisa, que se construiu com levantamento de dados bibliográficos, com observações da pesquisadora e com entrevistas de trabalhadores de cada serviço que oferta atenção básica em saúde no município, bem como de usuários da política de saúde.

No segundo momento foram resgatadas as falas de 06 (seis) trabalhadores da saúde, de cada equipe de Estratégia de Saúde da Família de Ivaiporã/PR, somente sobre assuntos que correspondia diretamente acerca do objeto deste trabalho: as possibilidades de inserção e contribuição de assistentes sociais na atenção básica da política de saúde do município de Ivaiporã/PR, para a problematização de como estes trabalhadores, dos serviços de atenção básica em saúde, visualizam e verbalizam esta questão. De posse destas falas, bem como em análise ao Plano Municipal de Saúde de Ivaiporã/PR, que não sinaliza a pretensão de contratação de assistentes sociais para atuarem nesta política, foi encontrada a necessidade de se ter o olhar, acerca do tema, do Secretário Municipal da Política de Saúde, da Diretoria da 22ª Regional de Saúde localizada em Ivaiporã/PR e da única assistente social lotada na saúde pública do município. Assim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e não confidenciais com estes sujeitos, que

aceitaram em contribuir livre e esclarecidamente com a construção de reflexões sobre o objeto. A não confidencialidade se deu pela necessidade de utilizar as falas específicas destes sujeitos no trabalho, o que acabaria por revelar suas identidades de algum modo.

E, a escolha da modalidade de entrevista semiestruturada se deu porque, de acordo com Rosa e Arnoldi (2008), nesta modalidade de entrevistas são formuladas questões que permitem ao sujeito entrevistado discorrer e verbalizar seus pensamentos, tendências e reflexões sobre o que está sendo pautado. Neste caso as formulações das questões podem ser dinâmicas e permitem que as sequências e as minúcias sejam construídas ao longo do processo. Para tanto, se tem um roteiro de assuntos a ser abordado com questões gerais e abertas, possibilitando que as pessoas se expressem e coloquem o modo de pensar e/ou agir frente aos temas (ROSA; ARNOLDI, 2008).

Vale justificar, desde já, que não será analisada neste trabalho cada fala dos entrevistados, porque as falas foram abrangentes e algumas questões não tiveram relação com o tema aqui trabalhado. Tampouco, as falas serão analisadas moralmente de modo a caracterizar as pessoas, rotulá-las ou denegri-las, mas sim serão levantadas dentro dos contextos e a partir das problematizações macroscópicas, com o objetivo de fomentar reflexões e novos questionamentos sobre os assuntos tratados.

### **1.3 APRESENTAÇÃO DO TRABALHO**

Atualmente no Brasil temos em vigor um marco legal concedendo abertura para fundação de um arcabouço de políticas sociais que visem concretizar a proteção social brasileira com impactos positivos sobre o bem-estar da população.

A Constituição Federal de 1988 prevê a saúde como um direito de todos e dever do Estado, com princípios doutrinários e diretrizes organizativas que garantem a oferta de serviços de atenção à saúde para toda população brasileira, de modo a ampliar o direito de saúde de maneira qualitativa e a repensar a prática médica e assistencial, bem como a medicina preventiva, levando, assim, cuidados próximos ao ambiente sociocultural dos indivíduos e de suas famílias para a promoção, prevenção e controle do adoecimento, através do Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

No SUS temos serviços de saúde que se organizam a partir de níveis de complexidade, os quais seriam baixa, média e alta complexidade. A atenção básica em saúde está situada no primeiro nível de cuidado, está fundida ao ideário deste sistema e ao processo de descentralização da política de saúde, e atualmente é compreendida como componente estratégico para estruturação, organização e equidade deste sistema. Esta pode ser considerada uma estratégia altamente resolutiva, que funciona como a porta de entrada dos serviços, baseada majoritariamente na integralidade, na continuidade de atenção, no trabalho em equipe, na atenção à família e à comunidade (MENDES, 2015).

No entanto, diversos fatores estruturais, político-institucionais e conjunturais vem afetando a configuração da atenção básica em saúde no Brasil. Fatores estes que estão intimamente ligados à política neoliberal, instalada em nossa sociedade a partir da década de 1990 e que rebete de diversas formas na política de saúde (ELIAS, 2003).

Histórica, mas principalmente a partir deste contexto, vem cabendo à classe trabalhadora o tracejamento de possibilidades e cobranças ao Estado, com o seu aparato burocrático, legal e executivo, que deve responder às suas atribuições e responsabilidades às necessidades da população de maneira qualificada. Neste contexto, lança-se também o horizonte da política de saúde pública brasileira e seus serviços ofertados à população, em específico a atenção básica em saúde, ao ser atualmente idealizada coletivamente com vistas à sua potencialidade na promoção de vida das pessoas. Assim, é onde se centra o foco deste trabalho, que tem por intento tornar-se um ponto de partida para que se problematize em Ivaiporã/PR a condução da saúde pública, a oferta dos serviços públicos e a qualidade das ações que estão sendo executadas neste município.

Para falar destes elementos, precisa-se pensar como os processos de trabalho estão sendo executados nos serviços. No entanto, para pensar os processos de trabalho, precisa-se necessariamente pensar como as equipes multiprofissionais estão configuradas. Reflexão esta, que concede lugar para a finalidade e os objetivos da pesquisa aqui construída, que é assumir o desafio de traçar algumas respostas para as possibilidades de inserção e contribuição de assistentes sociais na política de atenção básica em saúde do município de Ivaiporã/PR.

É uma pesquisa empreendida com o interesse de reunir elementos para a luta em defesa do SUS, do Serviço Social e de uma sociedade justa e igualitária. Assim, no Capítulo I deste trabalho é realizada uma contextualização histórica da saúde pública no Brasil e do nível de atenção básica em saúde, procurando alcançar o entendimento sobre o processo de construção da política de saúde em nosso país, sublinhando as lutas dos trabalhadores e seus resultados no sentido da conquista dos direitos em saúde.

No Capítulo II adentra-se ao debate sobre o Serviço Social e sua inserção na política de saúde, onde é ressaltado o(a) assistente social como um profissional da saúde e são tecidas algumas considerações sobre a importância da atuação deste profissional nesta política ao longo da história, bem como são resgatados os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, documento produzido pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) para nortear as ações profissionais na saúde.

No Capítulo III, com vistas a cumprir a tarefa de problematizar a possibilidade de inserção do(a) assistente social na atenção básica de Ivaiporã/PR, discutindo caminhos para contribuições, é feito um rescapitulamento do município e dos serviços de atenção básica em saúde ofertados, concede-se voz a trabalhadores deste município para colocarem seus pontos de vista sobre a necessidade de assistentes sociais nas equipes multiprofissionais de atenção básica de saúde, bem como são produzidas algumas reflexões acerca das possibilidades de inserção e contribuição do(a) assistente social na política de atenção básica em saúde de Ivaiporã/PR.

Por último, no item “Considerações Finais”, são elencadas questões acerca do estudo realizado e registradas algumas possibilidades encontradas para o início de mudanças do quadro apresentado ao longo do trabalho.

## 2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

[...]
   
Lutar quando é fácil ceder
   
Vencer o inimigo invencível
   
Negar quando a regra é vender
   
Sofrer a tortura implacável
   
Romper a incabível prisão
   
Voar num limite improvável
   
Tocar o inacessível chão
   
É minha lei, é minha questão.
   
Virar este mundo, cravar este chão
   
Não me importa saber
   
Se é terrível demais
   
Quantas guerras terei que vencer
   
Por um pouco de paz
   
[...]”
   
[Chico Buarque]

Por termos em vigor no Brasil uma Constituição Federal denominada cidadã<sup>3</sup> e sancionada em um período extremo no qual a sociedade clamava e lutava por democracia e por garantias de direitos sociais, temos atualmente uma grande abertura para a proposição de programas, projetos e serviços públicos, em diversas áreas das políticas públicas, que podem exercer grandes impactos na qualidade de vida da população brasileira, diferentemente de décadas anteriores. A Constituição Federal de 1988 traz em seu marco legal um texto prevendo cobertura de proteção social por parte do Estado, ao pautar-se, principalmente, no tripé da Seguridade Social – composto pelas políticas de Assistência Social, Previdência Social e Saúde – e ao garantir legalmente a normatização de um arcabouço de políticas sociais que visam concretizar esta proteção social brasileira.

Desta forma, temos então, a partir do final dos anos de 1980, o reconhecimento do Estado como o condutor precípua das políticas sociais. No entanto, vale, ainda, ressaltar aqui, sob que fundamento este conduz tais políticas. O Estado irá atender grande heterogeneidade de interesses portados pela burguesia e pelos trabalhadores e como Marx e Engels<sup>4</sup> já o denominaram em 1848 como “comitê responsável por gerir os negócios da burguesia”, portanto, irá planejar e

<sup>3</sup> Foi assim denominada por Ulysses Guimarães, o qual presidiu a Câmara dos Deputados no período da Assembleia Nacional Constituinte entre os anos de 1987 e 1988, pois foi considerada um impulso para a luta democrática brasileira por afirmar direitos e por incorporar legalmente diversos avanços civis, políticos e sociais.

<sup>4</sup> MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Manifesto do Partido Comunista. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

implantar políticas públicas e sociais que privilegiam interesses particulares e ressaltam a manutenção do padrão de domínio existente na sociedade. Como aponta Faleiros (2014, p.708):

A intervenção do Estado na garantia de benefícios e serviços se estrutura de forma a manter as condições econômicas da acumulação capitalista e da reprodução da força de trabalho, inclusive com os chamados mínimos sociais, e ao mesmo tempo condições de sobrevivência e de convivência do pacto político de cidadania, que vai se construindo e desconstruindo pela organização e pressão dos trabalhadores e segmentos dominados.

Embora tenhamos, após 1988, no Brasil uma abertura dos direitos com reconhecimento de que o Estado tem como dever ofertar proteção social aos cidadãos, garantindo principalmente políticas de assistência social e saúde, mesmo que ainda o faça sob a lógica de manutenção da ordem hegemônica, dado o mundo capitalista ter sido atingido pela política ideológica e econômica neoliberal, o Brasil na década de 1990 sofreu drásticos impactos em diversos setores e, inclusive, no papel do Estado, que rebateram diretamente sob os direitos sociais conquistados no período de abertura democrática supracitado.

O neoliberalismo causou impactos estruturais nas diversas políticas econômicas e sociais, bem como no *modus operandi* do Estado e do mercado. E, mesmo que tenha se traduzido de maneira diferente em cada país, por suas particularidades sociais, políticas e culturais, as concepções que o fundamentam têm seus grandes alvos nas políticas sociais e na rígida contenção de gastos do Estado para maior abertura ao mercado. Assim, a concorrência capitalista, no contexto da mundialização do capital e das políticas neoliberais, ampliou a utilização das políticas sociais como espaços privilegiados da acumulação de capital financeiro, fazendo com que os negócios dos complexos capitalistas no mundo avançassem nas diversas áreas, como saúde, educação, transporte, previdência social, entre outros. O que vem ocorrendo é um contrafluxo de tudo aquilo que o país havia vivenciado na década de 1980 com a luta pela democratização e garantia dos direitos sociais como dever do Estado, tal como previsto pela Constituição Federal de 1988.

Destarte, tendo fundamentação neste contexto sócio-histórico, buscar-se-á apresentar no Capítulo I deste trabalho a trajetória da política de saúde no Brasil, traçando a contextualização histórica de sua construção desde a década de 1930 à

década de 1990. Década esta, como já sinalizada, de desconstrução dos direitos sociais da população, que apresenta características que possibilitará ampliar a visão para problematização e análise mais profunda sobre a política de saúde nos dias atuais. Num segundo momento, apresentar-se-á, ainda neste Capítulo, a caracterização e trajetória da atenção básica em saúde, a partir destes elementos já apontados na contextualização da política de saúde, dado o objetivo deste trabalho centralizar-se na discussão da inserção do profissional de Serviço Social na atenção básica em saúde.

## **2.1 A SAÚDE NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA DA SAÚDE PÚBLICA ENTRE AS DÉCADAS DE 1930 E 1980**

Segundo Braga e Paula (1981), a questão de saúde e a atenção à saúde, com efeito, são um resultado do capitalismo e de seus conflitos e, assim, só começaram a ser um objeto de eminente consideração no final do século XIX, já com o processo da I Revolução Industrial, quando politicamente os trabalhadores pressionaram o Estado para acessarem serviços que diminuíssem em suas vidas os impactos das relações de produção. Além disso, também a considera quando as questões relacionadas à saúde ameaçam a classe dominante, ou sob a desaceleração na produção ou sob a possibilidade de lhes trazer doenças.

Ao longo da história do capitalismo a questão da saúde não só cresce como problema coletivo, como também ganha espaço no pensamento econômico-social. [...] tal avanço [...] se dá não exatamente na medida em que aumenta a gravidade dos problemas da saúde coletiva, mas na proporção em que a atenção a saúde passa a ser um problema político e econômico no interior de cada estrutura sócio-econômica concreta (BRAGA; PAULA, 1981, p.01).

Desta forma, será no trato que o Estado dará, de acordo com as peculiaridades e interesses do capital para cada nação, a modelagem das políticas de atenção à saúde, podendo-se distinguir, assim, a atenção à saúde nos diversos países e nas diversas estruturas, de capitalismo desenvolvido para subdesenvolvido (BRAGA; PAULA, 1981).

O que nos dá subsídios para entendermos claramente através da história, segundo ainda Braga e Paula (1981), que a questão de saúde, com o *boom* industrial, somente passou a ser de interesse para o sistema capitalista de produção

e seus detentores do poder e dos meios de produção, quando as condições de vida dos trabalhadores chegaram a um estágio que começou a ameaçar o processo de acumulação do capital e trouxe o perigo de disseminação de doenças para a classe burguesa, obrigando o Estado, com seu papel de executor dos interesses da classe dominante, a começar traçar medidas efetivas para a diminuição destes problemas, visto que “aparece no século XIX, sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é, essencialmente, um controle de saúde e do corpo dos pobres para torná-los mais aptos ao trabalho e menos perigosos para os ricos” (BRAGA; PAULA, 1981, p.11).

Esta concepção de saúde e o trato dado à questão saúde, a partir deste período histórico, efetivaram ações de saúde pública orientadas pelo prisma econômico, onde o Estado passou a tomar medidas necessárias para, ilusoriamente melhorar as condições de vida da população. As justificativas voltadas para o atendimento da saúde em bases econômicas servem para atender à expansão do capital e preservar a produção da força de trabalho, pois serviços de saúde nestes moldes não se voltam às reais demandas dos trabalhadores.

Neste sentido, como aponta Braga e Paula (1981), os economistas clássicos<sup>5</sup>, mesmo não pensando efetivamente a partir da área da saúde, contribuíram com uma sucessão de “instrumentos que são muito importantes para se pensar a interação entre as atividades econômicas e a saúde das populações” (BRAGA; PAULA, 1981, p.13), visto que a questão da saúde muitas vezes pode ser analisada através de seus aportes teóricos e em grande parte “aparece de modo explícito com alguma frequência, principalmente ligada às análises populacionais, a questão do mínimo de subsistência e ao processo de trabalho” (BRAGA; PAULA, 1981, p.13).

---

<sup>5</sup> Para situar a leitura e indicar quem são “os economistas” principais de que trata o autor no texto, acrescentam-se aqui informações coletadas em pesquisas virtuais, sobre ambos. David Ricardo, inglês, economista do século XVIII/XIX, é um dos fundadores da escola clássica inglesa da economia política, analisou aspectos centrais do sistema capitalista de produção (como trabalho e lucro) e formulou uma teoria liberal que defende um sistema de livre comércio e produção de bens, que abre precedentes para a abertura máxima do mercado na oferta de todos os tipos de serviços (incluindo educação, saúde, transporte, etc.) em detrimento de um Estado com o mínimo de interferência nesta esfera. Karl Heinrich Marx, alemão, filósofo, economista e jornalista do século XIX, foi um intelectual revolucionário que analisou os aspectos fundantes do sistema capitalista de produção, com contribuições de extrema importância para a compreensão da luta de classes (entre detentores dos meios de produção e detentores da mão de obra) e da desigualdade social gestada por tal sistema. Contribuiu socialmente com um arcabouço teórico que analisa a centralidade do trabalho na sociedade capitalista, o papel do Estado e do mercado nesta sociedade, bem como ressaltou a perspectiva revolucionária da classe trabalhadora para se erradicar o capitalismo e a exploração do homem pelo homem, que gera injustiça, desigualdade e repressão, e se ter uma forma de sociabilidade totalmente diferente.

Nas palavras dos autores, a partir das ideias do economista David Ricardo pode-se observar que:

Para Ricardo, os aumentos salariais numa etapa em que o crescimento populacional fosse inferior ao da economia provocaria, num período seguinte, um aumento da taxa de reprodução das famílias, em decorrência da melhoria do nível de vida. Em consequência disso, a taxa de crescimento populacional tenderia a superar a de crescimento econômico a tais níveis que o excesso da mão-de-obra poderia provocar miséria. (Mais uma vez, a questão da saúde, da mortalidade e da morbidade aparecem ocultas, não vistas, mas nem por isso menos fundamentais para o desenvolvimento do raciocínio) (BRAGA; PAULA, 1981, p. 15).

Já, a partir das contribuições de Marx, pode-se ter outras perspectivas de reflexões:

Mas é talvez no pensamento de Marx onde se pode encontrar as mais significativas reflexões diretamente relacionadas com a problemática de saúde. Isto se deve basicamente a duas razões: a primeira é que Marx e Engels assumem uma posição ideológica de defesa da classe operária; a segunda, é que metodologicamente assumem a postura de analisar a sociedade como um todo: embora dando primazia aos aspectos econômicos na determinação da estrutura social, veem as questões econômicas, políticas e ideológicas intimamente entrelaçadas.

A relação social fundamental é a que estabelece entre *capital e trabalho*. E no processo de reprodução se enraízam as determinações sociais da saúde e da doença, em dois planos inseparáveis: a parcela do valor produzido que cabe aos trabalhadores, consubstanciada no salário que lhes é pago e nos bens coletivos que a sociedade dispõe; e as condições do próprio processo de trabalho.

[...] Marx não parte da distribuição do produto social para determinar o nível do salário e de subsistência, como faz Ricardo. Inverte o sentido do raciocínio e parte das relações de produção, que terão como consequência a determinação daquele nível de subsistência (BRAGA; PAULA, 1981, p. 16).

É sob este panorama que se afirma seguramente a política de saúde intimamente ligada ao mundo do trabalho, ao estar contido no processo de produção a questão determinante do nível de saúde e doença da população, seja atrelado às condições físicas e psíquicas, seja atrelada às condições de subsistência e acesso à riqueza socialmente produzida.

Não obstante a isto é que tivemos no Brasil, desde o surgimento dos primeiros cuidados públicos com a saúde, sempre um forte atrelamento dos serviços de saúde ofertados ao mundo do trabalho e ao que este mundo do trabalho poderia influenciar. Em nosso país, as políticas de saúde tiveram um grande vínculo, durante

longo período, com as políticas de previdência social<sup>6</sup>. Vínculo este que somente passará a ser reestabelecido a partir da Constituição Federal de 1988, com a proposição de uma proteção social baseada na seguridade social e não mais no seguro social. Este atrelamento legou a estas políticas algumas características que até hoje se encontram enraizadas com grandes dificuldades de serem desvencilhadas. Tais características se encontram nitidamente expressas no caráter assistencialista e nos precedentes que foram abertos muito cedo, logo na década de 1920, para que estas políticas passassem a apresentar um processo de privatização da assistência médica, pelo volume de recursos necessários para a construção da infraestrutura de serviços médicos, que quando não encontrados no Estado foram ofertados a partir da compra de serviços privados (COHN, 2003).

É somente a partir da década de 1970, com o movimento sanitário brasileiro, que culminou com a proposta de um Projeto de Reforma Sanitária, que a área da saúde terá outros princípios norteadores e será compreendida para além da ausência de doenças, como uma questão que é parte inerente do ser humano e integrada pelos diversos âmbitos que compõe a vida humana, como questões de renda, emprego, alimentação, habitação, lazer, dentre outras (ESCOREL, 1999).

Através das apreensões dos autores que serão analisados ao longo deste capítulo, compreende-se que a questão saúde hora causou espantos e desespero, pela possibilidade da perda de controle por parte do Estado e da burguesia sob os trabalhadores e a produção de riquezas, com o surgimento e expansão de doenças que além de ameaçarem a vida dos mais abastados economicamente debilitava o trabalhador em sua produtividade e refletia em perdas dos negócios da classe dominante realizados no mercado; hora foi visualizada como um mecanismo de conquista da classe trabalhadora, sendo alvo da luta de categorias profissionais mais combativas e de movimentos sociais, e por isso visualizada como necessária por parte do Estado, por poder ameaçar interesses da classe dominante.

Embora Bravo (2009) explicita que no Brasil foi somente ao início do século XX que surgiram efetivamente algumas ações no âmbito da saúde que puderam trazer certas mudanças neste campo, com um aprofundamento apenas a partir da década de 1930 no âmago da economia capitalista cafeeira, ao explicitar a relação

---

<sup>6</sup> Vale ressaltar que as políticas de previdência social, desde seu surgimento, sempre tiveram sua centralidade no trabalho, pois é uma política voltada para exercer um serviço que tem como parâmetro e resultado a contribuição do trabalhador no exercício da sua atividade de produção. Mais considerações desta política In: COHN, 2003.

do trabalho assalariado, é importante ressaltar que a saúde vem sendo tratada como questão de cunho social, como discutem os autores Braga e Paula (1981), desde o período mercantilista e, no Brasil desde o período Colonial, com ações sob a intenção de manter a relativa mão de obra viva para o trabalho e para os negócios que se difundiam sob as riquezas do país, vez que muitas doenças tropicais e desconhecidas atingiam a população.

Sem um grande aprofundamento do período colonial até a década de 1930, vale destacar que, como apontam Singer, Campos e Oliveira (1981), estudar a saúde brasileira do período colonial até o século XX é de suma importância para se entender e analisar a situação de saúde da população, a organização sanitária e a evolução dos conhecimentos médicos sanitários.

Com a instalação da família real no Brasil abriu-se a possibilidade de se trazer médicos europeus para o país, consolidando, então, a legitimação do conhecimento, controle e tratamento das doenças e, conseqüentemente, passou-se a legitimar a suposta preocupação com as condições de vida existentes nos diversos territórios brasileiros, com controle e disciplinarização das doenças e regulação da prática médica profissional. Já, com a Proclamação da República em 1889, as ações de saúde começam a ganhar novos espaços dentro das atividades estatais, não se diferenciando ainda da intenção de manutenção da economia, vez que o foco do Estado naquele momento era na manutenção da cultura cafeeira, voltando-se, assim, a atenção à saúde para controlar os prejuízos à economia cafeeira, de modo que a mão de obra neste período precisava garantir toda a base de produção, armazenamento e exportação do café, e se as endemias continuassem se alastrando entre os trabalhadores, por conta das precárias condições de saneamento em que viviam, poderia se ter um grande prejuízo no crescimento econômico (BAPTISTA, 2007).

No Brasil a saúde foi assumida pelo Estado já no período colonial, com a vinda da Família Real para o Brasil em 1808, porém é somente no século XX, mas especificamente a partir do final da década de 1920, que se terá efetivamente a intervenção estatal na área da saúde. Desta forma, como discute Baptista (2007), durante décadas manteve-se no Brasil ações de saúde pública com vistas à consolidação econômica, com foco no poder e manutenção da exploração das riquezas. Na prática, o enfoque dado era na proteção e saneamento das cidades – principalmente as portuárias que realizavam o processo de comercialização dos

produtos – controle e observação das doenças e dos doentes, e adoção de práticas para controlar doenças.

Na década de 1920, com a Reforma Carlos Chagas<sup>7</sup>, tentou-se ampliar, através do poder da União, um atendimento mais extensivo da saúde por todo território nacional, como também se levantou a discussão sobre as questões de higiene e saúde do trabalhador, dado que o país sofria com a crise do padrão exportador capitalista e os países que importavam seus produtos exigiam cada vez mais a qualidade destes produtos, devido ao fato dos navios e portos possuírem níveis de higiene totalmente precários, o que obrigou a ter implementação de ações de saúde baseadas no controle com foco na área exportadora, com vistas a assegurar a expansão econômica, e que contribuiu também para a constituição do embrião da política previdenciária brasileira e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), dados os interesses estatais e as revoltas populares que pressionavam por atuação efetiva do Estado na política de saúde<sup>8</sup> (BRAVO, 2009).

A década de 1930 apresentou para a sociedade brasileira o papel do Estado como regulador da economia, o avanço do processo de industrialização e um esboço do sistema de proteção social. No tocante à saúde, questões relacionadas a esta área precisavam ser respondidas de forma mais aprimorada. Era necessário criar aparelhos de intervenção estatal para aquele cenário político e econômico nacional, vez que se instaurava o processo de capital industrial, com a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, questões que com falta de suporte poderiam refletir em precárias condições de higiene, saúde e habitação (BAPTISTA, 2007).

---

<sup>7</sup> Em 1920 Carlos Chagas passou a ser sucessor de Oswaldo Cruz na direção das ações de saúde no Brasil, reestruturando o Departamento Nacional de Saúde e introduzindo a propaganda e a educação sanitária. Trouxe, assim, um outro modelo campanhista, para além de ações puramente de fiscalização e policial, com a criação de órgão especializados para erradicar doenças e expandindo atividades de saneamento para além do Rio de Janeiro (LIMA; PINTO, 2003).

<sup>8</sup> Foram estas movimentações dos trabalhadores que abriram precedentes para a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) regulamentadas pela Lei Eloy Chaves (Decreto nº 4682 de 24 de janeiro de 1923), com o objetivo de “acalmar” a classe trabalhadora. As CAPs eram financiadas pelas empresas empregadoras e pelos empregados e surgiram como primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado, com vistas à prestação de benefícios (aposentadorias e pensões) e assistência médica à seus filiados e dependentes. Aqui vale ressaltar que demais segmentos que não eram trabalhadores produtivos ou que não estavam inseridos no circuito de vínculo formal de trabalho com contribuição a estes serviços não tinham garantia nem de cobertura e nem de acesso aos serviços de saúde. Sobre este assunto, ver mais In: COHN, 2003.

Sob o anúncio de Paim et al. (2011), o período compreendido entre 1930 a 1945 é conhecido como Ditadura Vargas, um contexto com características macroeconômicas e socioeconômicas de industrialização, mas ainda com manutenção da estrutura agrária. A conjuntura política era de um “Estado Novo”, que pode ser apreendido como um Estado autoritário, principalmente entre os anos de 1937 e 1938, que se identificava com o nazifascismo<sup>9</sup>. No interior deste quadro visualiza-se que o sistema de saúde passou por diversas fases, mas sempre com o cunho de “cidadania regulada”<sup>10</sup>. Num primeiro momento, a saúde pública foi institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública. Logo após, a previdência social e saúde ocupacional foram institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. No entanto, durante todo este período foram realizadas pelo país campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose, por serem de grande incidência entre a população. E, outra questão importante deste período que envolveu diretamente a saúde, também, foi a transformação das CAPS em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), entre 1933 e 1938, ocorrendo a estatização da política previdenciária. Isto estendeu a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos e, conseqüentemente à saúde, já que esta estava atrelada à política de previdência social. Com relação aos principais desafios colocados à saúde neste período, estava presente a predominância de endemias rurais, como a doença de Chagas, esquistossomose ancilostomíase e a malária, bem como as demais doenças que acometiam a população, conforme tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais.

Neste período ocorreram diversas mudanças na estrutura do Estado, sob o comando do Presidente Getúlio Vargas, que objetivavam a expansão do sistema

---

<sup>9</sup> Nazifacismo é uma conjunção entre o nazismo e o fascismo, doutrinas políticas e ideológicas que pregam medidas autoritárias para condução dos sistemas de governo, principalmente através de práticas para ressaltar o nacionalismo, o militarismo, o anticomunismo e a superioridade racial. A história do governo de Getúlio Vargas é marcada pela sua aproximação com governos que pregavam estas ideias. Ficou marcado na história de seu mandato o caso de Luiz Carlos Prestes e Olga Benário, que eram perseguidos por governos com esta característica e foram delatados pelo aparato presidencial. Mais sobre este assunto ver In: SÁ (2008).

<sup>10</sup> Cidadania regulada pode ser concebida entre a relação de cidadania e ocupação, dado as pessoas, a partir disso, somente serem reconhecidas como cidadãs se apresentarem ocupações reconhecidas e comprovarem, através da carteira de trabalho, o seu vínculo formal com o emprego. Cidadania está ligada ao acesso a direitos, assim, esta questão somente foi modificada a partir da Constituição Federal de 1988. Desta forma, a exemplo da cidadania regulada, pode-se delinear um quadro em que mesmo se o trabalhador, por algum acaso, sofresse um acidente durante a execução de seu trabalho e necessitasse de cuidados da área de saúde, se não possuísse carteira de trabalho assinada o atendimento às suas necessidades era negado. Sobre este assunto, ver mais In: COHN, 2003.

econômico. Para tanto, logo de início, foram criados o Ministério do Trabalho, da Indústria e Comércio, o Ministério da Educação e Saúde e juntas de arbitramento trabalhista. Em 1934 promulgou-se uma nova Constituição Federal e, a partir do Estado, instituiu-se uma política social de massas para dar conta do crescimento do setor industrial. Além disso, foi acentuado o processo de expansão do capitalismo no campo. A década de 1940 adentrou-se com o trabalhismo oficial, pois em 1939 regulamentou-se a justiça do trabalho e em 1943 foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). O regime corporativista de Vargas se sustentou a partir da massa urbana assalariada, com a promulgação de leis trabalhistas que procuravam estabelecer um contrato capital-trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador que transpareciam, a partir do governo, sob a ótica de dádiva e não de conquista dos trabalhadores, para manter o movimento trabalhista contido dentro das forças do Estado. E, assim, era dada uma especial atenção aos trabalhadores comerciários e industriais, por serem os setores de rentabilidade para a economia (POLIGNANO, 2001).

Conforme aponta Baptista (2007), com as medidas criadas para favorecer a implementação do projeto político-ideológico e econômico do país, foram feitas mudanças significativas na área da saúde com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Havia uma diferenciação entre ambos para dar suporte à política ideológica do momento, com a dicotomia instaurada entre saúde pública e medicina previdenciária. O MTIC tinha funções específicas de proteção somente aos trabalhadores formais, com um arcabouço jurídico e material de assistência médica para quem contribuía com o modelo de sistema previdenciário que se tinha naquele período. O MESP era marcado por uma inconstância e indefinição de projetos e propostas, com ações de saúde pública para quem não contribuía com o sistema previdenciário. Assim, a política de saúde foi formulada e organizada em dois setores, que se diferenciavam entre o de saúde pública e o de medicina previdenciária, demonstrando claramente o reconhecimento desta política de forma fragmentada e focalizada para o atendimento único dos interesses do capital e não dos trabalhadores.

Devido às ações de saúde ter como foco os setores de desenvolvimento do país, as alternativas adotadas para a saúde pública neste período até a década de 1950 mantinham as desigualdades sociais e, ancoradas sob bases contencionistas

das reivindicações dos trabalhadores, voltavam-se com ênfases à campanhas sanitárias e programas de combate às endemias, consolidando-as sem nenhuma ampla prestação de serviços. O acesso mais qualificado aos serviços de saúde se direcionava somente às categorias trabalhadoras formais reconhecidas pelo Estado, relegando aos outros segmentos a deriva do acesso ou simplesmente a sorte de poder contar com alguns ínfimos serviços de caridade e assistencialismo de segmentos da saúde ou de ações em áreas estratégicas ofertados pelo Estado (BAPTISTA, 2007).

Segundo Júnior e Nogueira (2002), o Brasil viveu uma fase de democracia entre os anos de 1945 a 1964, porque neste período foram criados instrumentos legais para o funcionamento de um governo democrático, embora algumas estruturas corporativistas dos anos anteriores tivessem permanecidas intactas. Já, sob a ótica estrutural e de ênfase governamental, “verifica-se a consolidação da indústria, com a implantação da indústria pesada e a expansão extraordinária da malha rodoviária, integrando mercados regionais, até então excluídos do processo comercial” (JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002, p. 124).

Bravo (2009) explicita que no período de 1945 a 1950 foi consolidada a Política Nacional de Saúde, que já vinha sendo esboçada desde 1930. Durante a Segunda Guerra Mundial foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Assim, no período de 1945 a 1964, mesmo tendo algumas variações com melhorias de condições sanitárias, não se conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, bem como o de taxas de morbidade e mortalidade, que era apresentado à saúde anteriormente.

De acordo com Paim et al. (2011), este período de instabilidade democrática (1945 a 1964) tinha como contexto macroeconômico e socioeconômico a substituição de importações, a rápida urbanização, um quadro de migrações, o advento da indústria automobilística e a penetração do capital internacional. Ao passo que o contexto político contava com governos liberais e populistas. Deste modo, as ações voltadas para o sistema de saúde centraram-se na criação do Ministério da Saúde em 1953 e na expansão da assistência hospitalar, ao mesmo tempo em que havia o surgimento de empresas de saúde e que surgiram leis para unificarem os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos. Com isto, os principais desafios colocados à saúde neste período foram a emergência de

doenças modernas, por conta do boom industrial, como doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e acidentes de trânsito.

Conforme Baptista (2007), o processo da acelerada industrialização no Brasil, teve como protagonista Juscelino Kubitschek de Oliveira, que pautou seu governo na proposta de conservação da ordem legal, consolidação do regime democrático e ideologia do desenvolvimentismo com a crença no futuro de grandeza nacional, através da promessa de “construir 50 anos em 05”. Assim, na década de 1950 tivemos algumas mudanças no sistema de proteção à saúde, ocorridas através de variações identificadas nos gastos com a saúde pública, que foram favoráveis para a melhoria das condições sanitárias, da expansão progressiva e rápida dos serviços e de um modelo de saúde baseado no hospital e na assistência cada vez mais especializada, permitindo então o desenvolvimento de medicamentos modernos e grande aceleração da prática médica.

Tais medidas eram necessárias para dar conta do novo processo da economia, o qual gerou grande massa trabalhadora para ser atendida pelo sistema de saúde, principalmente para o atendimento mais complexo do quadro de doenças causado pela modernidade, como acidentes de carro, violências, aumento de doenças crônicas e degenerativas, dentre outras. Foi na década de 1950 que se instaurou a prática de convênios-empresa para suprir a demanda existente, bem como se alastrou o atendimento hospitalar de natureza privada com tecnologias de última geração, apontando a direção para a formação das empresas médicas e a defesa do setor privado. Assim, este quadro indicava a necessidade de políticas que se voltassem para a melhoria de saúde da população com vistas à obtenção do desenvolvimento do país, o que abriu precedentes para se ter neste período um “sanitarismo desenvolvimentista” que propunha a compreensão das relações entre saúde e doença para a transformação econômica, social e política do país (BAPTISTA, 2007).

Como também, o período de desenvolvimentismo ainda manteve a lógica de ações e serviços de saúde separados entre saúde pública e sistema previdenciário. Atendendo de forma isolada a população, com diferentes objetivos e ênfases traçadas entre prevenção de doenças transmissíveis e assistência curativa para manter a mão de obra trabalhadora, dadas às concretas mudanças no crescimento das cidades, que acabaram também por demandar um quantitativo de recursos para a manutenção desta lógica. Isto constituiu, então, base para a expansão do sistema

de saúde, ao necessitar que o Estado utilizasse a saúde como instrumento para consolidar o complexo produtivo e ao ter que aumentar o seu papel e recursos despendidos em setores específicos de saúde, como postos de trabalho, indústrias de medicamentos e equipamentos, ensino profissional, hospitais e demais segmentos (BAPTISTA, 2007).

Subsequente a este quadro, no período da década de 1960 a 1980 tivemos mudanças significativas no sistema de saúde brasileiro. Mesmo sendo um período atravessado pelo regime de Ditadura Militar, que trouxe um processo acelerado de privatização de diversos setores, ainda tivemos na década de 1970 a consolidação do movimento sanitário que construiu o Projeto de Reforma Sanitária ancorado na proposta de um sistema único de saúde integralmente estatal e de acesso universal, para superar a lógica entre assistência médica individual e saúde pública para quem não pudesse adquirir no mercado, sob controle público da sociedade civil e com caráter descentralizado de gestão e financiamento (BAPTISTA, 2007).

Como aponta Netto (2011), o regime de autocracia burguesa brasileiro, conhecido como Ditadura Militar, tinha como objetivo central restaurar a ordem brasileira diante da “ameaça do comunismo”, bem como, normalizar e alavancar a economia do país para atender ao circuito do capital. Para tanto, instaurou governos militares com políticas extremas que, para atingir aos objetivos do capitalismo, fazia a população sobreviver em meio aos ditames de coerção, censura, torturas e a uma política econômica totalmente desigual, a qual fez os trabalhadores pagarem toda a conta de seu fracasso.

Com os ajustes econômicos realizados pelo governo ditatorial, principalmente entre os anos de 1965 a 1970, houve uma grande concentração de renda para alguns setores da sociedade. No entanto, esta concentração de renda gerou enorme desigualdade social no país, refletindo-se em diversos problemas sociais e quadros de miséria, colocando grande volume da população abaixo da linha da pobreza. O cenário era de arrocho salarial, grande êxodo rural, agravamento de problemas urbanos, diversas necessidades sociais não atendidas e uma demanda altíssima por políticas sociais (JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Assim, na busca de legitimação do governo perante a população, o regime ditatorial procurou formular algumas políticas sociais na área de assistência social, saúde e política de previdência social. Além disso, criou-se um quadro de profissionais tecnoburocratas para pensar, a partir da ideologia do Estado, novas

estruturas e organizações dos serviços estatais. Ainda, com o objetivo de apoio e sustentação social, a autocracia burguesa formulou o processo de unificação dos IAPs, implantando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. Sob a ótica de que os IAPs eram limitados e com a mobilização de algumas categorias profissionais, o governo reuniu os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social em um só instituto (POLIGNANO, 2001).

O Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) centralizou o poder administrativo no Estado, perdendo-se a lógica de participação dos trabalhadores na tomada de decisões, fortalecendo assim a tecnocracia e a prática clientelista por dentro do Estado. Esta nova configuração trouxe, ainda, a inclusão de novos profissionais no sistema previdenciário, tais como trabalhadores rurais, empregadas domésticas e autônomos. Todas essas mudanças rebateram diretamente no acesso aos serviços de saúde, que passaram a ter uma procura bem maior de número de pessoas, passaram a contar com a superlotação de hospitais, com grandes filas e demora no atendimento, permitindo mais ainda a ampliação de contratação de serviços privados pelo Estado e o aumento do complexo médico-industrial (COHN, 2003).

Conforme aponta Paim et al. (2011), as reformas do governo militar impulsionaram ainda mais a expansão de serviços de saúde privados, pois além de abrir precedentes para isto, o governo injetava recursos públicos em reformas e construções de serviços privados e subsidiava a oferta de assistência médica privada a partir de descontos no imposto de renda.

O período de Ditadura Militar por ter sido longo passou por diversas transições dentro do quadro macroeconômico, socioeconômico e político, bem como apontou novos elementos para o sistema de saúde e para os desafios colocados à saúde. O contexto macroeconômico e socioeconômico transitou desde a internacionalização da economia, até a penetração do capitalismo no campo e nos serviços, passando por um milagre econômico e tendo o final deste milagre econômico com as desigualdades e problemas sociais instaurados. O quadro político contou com uma reforma administrativa e passou por uma crise política em 1974 que passou a possibilitar uma lenta, segura e gradual abertura política, dando espaço para diversas construções na área da saúde, como a criação do Centro Brasileiro de

Estudos da Saúde em 1976, articulação do movimento sanitário, acontecimento do 1º. Simpósio de Política de Saúde do Congresso em 1979 e a criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva em 1979. Assim, o sistema de saúde, encontrou com a privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde pela previdência social, passando por uma crise; ofertou os Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes; e, foi incluído no circuito do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) criado em 1977, passando a financiar os estados e municípios para a expansão de cobertura (PAIM et al., 2011).

Deste modo, os principais desafios de saúde estavam sob a predominância da morbidade moderna, a partir de doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito, existia uma persistência de endemias rurais, mesmo com a expansão da urbanização, e um quadro de doenças infecciosas e parasitárias, que predominavam nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste (PAIM et al., 2011).

O quadro sanitário que o regime autocrático burguês impôs à sociedade brasileira estava refletindo uma altíssima mortalidade infantil, endemias de meningite, grandes níveis de desnutrição, alta expansão de poliomielite, de hanseníase e tantas outras endemias. Com as características do modelo econômico brasileiro se teve então um processo de socialização da doença, fazendo com que não houvesse mais endemias tipicamente rurais e tipicamente urbanas, como se separava anteriormente. Bem como, com o processo de urbanização e grande crescimento industrial, surgiram questões relacionadas à qualidade de vida urbana e às doenças ocupacionais e do trabalho em grande escala (COHN, 2003).

O aprofundamento dos problemas sociais de maneira complexa, durante o período militar no governo, gerou mudanças no sistema sanitário, tendo grande ênfase na assistência médica, a partir do grande crescimento do setor de saúde privado e com a abrangência do sistema previdenciário a outras parcelas da população. Foi instalado no país um modelo de privilegiamento do setor privado, com atenção à saúde voltada para a prática curativa, individual, assistencialista e especializada, juntamente com a articulação do Estado às indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, criando grande complexo médico-industrial no país para a lucratividade no setor de saúde (BAPTISTA, 2007).

No tocante a isto, as palavras de Bravo (2009, p. 93-94) são bem elucidativas:

A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966.

Deste modo, os gastos com a saúde por parte do Estado foram aumentando de forma exorbitante, com forte tendência para o atendimento hospitalar. A política de saúde ainda tinha um vínculo muito grande com o setor previdenciário, oferecendo serviços apenas para aqueles que contribuía com esta política e deixando sem direito de acesso à saúde muitos trabalhadores e a população que não podiam comprovar o seu vínculo empregatício formal. Com isto, a situação de saúde vivida pela maioria da população no Brasil era alarmante, vez que por parte do governo se tinha um total descaso com relação à área social, dado o único enfoque ser o setor econômico e a manutenção da ordem burguesa (BAPTISTA, 2007).

Assim, as palavras ainda de Baptista (2007), ilustram bem o quadro que estava colocado:

Apenas para citar alguns dados: a esperança de vida ao nascer na década de 1970 era de 52,7 anos, a taxa de mortalidade infantil era de 87,9 bebês para 1.000 nascidos-vivos, e as doenças infecciosas e parasitárias constituam uma das principais causas de óbito. A transição demográfica e epidemiológica ocorrida nos países desenvolvidos ainda estava longe de ser alcançada na realidade brasileira, mesmo em face de todo desenvolvimento econômico obtido pelo país desde os anos 50 até o milagre econômico do período 1968-1974. A principal razão para o quadro de estagnação social foi o total descaso dos governantes com relação às políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento social. Durante todo o regime militar autoritário, o investimento na área de saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e, principalmente, a desigualdade social (BAPTISTA, 2007, p.42).

No entanto, como aborda Paim et al. (2011), durante a década de 1970 um amplo movimento social se fortaleceu no Brasil. Era um movimento de diversos setores da sociedade, como sindicatos, partidos políticos de esquerda, movimentos de base, movimento estudantil e articulação de profissionais da saúde. Este movimento tinha como concepção política e ideológica a luta pela reforma sanitária, defendendo a saúde não apenas como uma questão biológica a ser tratada pelas

áreas biomédicas, mas sim como uma questão de cunho social e político, que deveria ser atendida de maneira ampla e qualitativa por serviços públicos.

O movimento sanitário surgiu em uma conjuntura de questionamentos de estudantes e profissionais da área da saúde em relação à política de saúde brasileira, os serviços de saúde prestados e a formação na área da saúde; em um período de Ditadura Militar, que continha grande desigualdade social em seu âmago, onde o *boom* da crise econômica decorria pela promessa de transformar o país em uma grande potência internacional, culminou com a degradação da área social e com uma grande parcela da população na linha de pobreza extrema, demandando excessivamente por políticas sociais para o atendimento de suas necessidades, além de culminar, também, em políticas de restrição, censura, torturas e retirada dos direitos civis, políticos e sociais da população, levadas até sua derrocada; e, em um estágio em que se vivia um crítico quadro de doenças sofrido por grande parte da população brasileira. Assim, foi durante o período de Ditadura Militar no Brasil, com seus efeitos nocivos para os diversos setores da sociedade, que houve a possibilidade de constituição das bases para o movimento sanitário e o Projeto de Reforma Sanitária Brasileiro, mais precisamente no final dos anos de 1960 e início de 1970 (ESCOREL, 1999).

Desta forma, de acordo ainda com Escorel (1999), foi no lócus de ensino, no circuito das Universidades, que começaram os questionamentos acerca da política de saúde brasileira, dos serviços de saúde prestados e da formação profissional, bem como se iniciou a constituição de uma alternativa, de base teórica e ideológica ao que se tinha como tradicional na área da saúde, possibilitando então o processo de desenvolvimento da abordagem marxista na saúde. Foi dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva que se deu início a questionamentos sobre o modo como se apreendia e se aplicava os conhecimentos acerca da saúde fundados em bases funcionalistas/positivistas. Isso tudo, com um esforço conjunto de alunos e professores, que possuíam uma postura democrática e contrária ao regime de ditadura militar e enxergavam a necessidade de transformação dos serviços de saúde oferecidos pela autocracia burguesa, bem como a melhoria das condições de saúde da população brasileira, visto que estas condições se expressavam nitidamente como fruto das relações de produção, tal como ainda se expressam hoje.

Como aponta Teixeira (2011), as perspectivas do Projeto de Reforma Sanitária, constituído através das lutas travadas pelo movimento sanitário, apontam a saúde como resultante de diversas condições, como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Este é um projeto resultante das correlações de forças existentes e da organização social, é fruto de lutas populares cotidianas apontando a saúde não como inacabada, mas sim como um processo de construção social.

O novo horizonte lançado para a saúde buscava entendê-la como construída a partir das condições de vida, de acesso ao mundo e dos problemas de saúde da população, se opondo a tudo que lançava os problemas de saúde como dissociados de uma dimensão macrosocietária, que sofre rebatimentos do sistema de produção e da ordem vigente. Com isto, demarcou explicitamente ser contrário à lógica de que com o crescimento econômico as condições de saúde coletiva melhorariam automaticamente e, assim, oportunizou um processo de abertura de novos aportes teóricos e metodológicos nas pesquisas e práticas médicas, contribuindo para delimitar a saúde coletiva como campo em que se tem a sociedade como objeto e não mais o indivíduo. E, ainda, com o embate teórico contra-hegemônico, lançou solo fértil para a incorporação, na formação de profissionais e na atuação profissional, desta nova abordagem de ensino à medicina preventiva e social, com apoio de organismos internacionais que visualizaram alguns interesses nesta perspectiva, como redução de custos com a saúde (ESCOREL, 1999).

Como já apontado anteriormente, concomitante à construção do movimento sanitário, o regime de ditatorial estava entrando em crise, um dos fatores que possibilitaram a expansão do movimento. O modelo econômico implantado não estava se sustentado. O capitalismo ao nível mundial também estava em crise e houve, então, uma diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional. Além disso, o projeto de “milagre-econômico” não estava sendo sustentado, pois a ideia de deixar “crescer o bolo para depois distribuí-lo em fatias” para o plano social vinha sendo um desastre. Os pobres ficaram mais pobres e os ricos mais ricos. No entanto, a população pobre sempre foi maior e, assim, a população passou a conviver com o desemprego e outras graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil, por exemplo (POLIGNANO, 2001).

A crise política, econômica e institucional do “milagre-econômico” brasileiro trouxe em evidência que o governo militar não estava conseguindo consolidar seu projeto e sua hegemonia e que precisava então formular outras estratégias para a manutenção do governo, fazendo com que modificassem gradualmente a sua relação com a sociedade civil e com as políticas estatais, a fim de obter maior efetividade do seu poder e canalizar as reivindicações e pressões da população. Isto possibilitou a expansão dos movimentos sociais e o fortalecimento do movimento sanitário que trazia para a cena as situações sociais e de saúde, reivindicando mudanças efetivas no sistema de saúde. Os movimentos sociais que pressionavam o Estado autocrático burguês para o seu fim também tinham o enfoque que previa reverter a lógica de saúde no Brasil, o que fez com que, no período de democratização brasileiro, a Constituição Federal de 1988 contemplasse a saúde como um direito social, para todos, a ser promovido pelo Estado através do princípio de igualdade (BAPTISTA, 2007).

Entre o período de 1979 a 1982, o movimento sanitário teve um grande espaço para construir e ampliar sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com demais movimentos pela democratização do país, como também pôde conceber de maneira mais precisa o projeto de saúde que defendia, devido ao momento governamental que reformulava a área da saúde através da ótica racionalizadora para conter os custos da assistência médica e, conseqüentemente, expandindo os serviços de maneira menos centralizadora e dando brechas para a atuação do modelo médico-social com profissionais sanitaristas. Com isto, também, o movimento sanitário, a partir de 1983 com base estratégica, conseguiu ocupar espaços institucionais do poder público na tentativa de redirecionamento da política de saúde (SCOREL, 1999).

Em 1982, por parte do governo, construíram-se propostas de reformulação das políticas de saúde, no interior da previdência social, aspirando a contenção dos gastos com a assistência médica previdenciária, possibilitando modificações nas diretrizes vigentes da política de saúde, inclusive privilegiando o setor público. Um dos avanços foi a conseqüente criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que se lançava para integração interinstitucional, descentralização e democratização. Tal programa contribuiu para a maior problematização da relação entre o setor público/privado, por questionar em maior escala o modelo médico-assistencial ao dar prioridade à assistência ambulatorial, além de contribuir em primeira instância para a

participação da população na gestão dos serviços de saúde e na tentativa de descentralização do sistema de saúde vigente (SCOREL, 1999).

Em 1984 o país vivenciava grande mobilização da sociedade pela redemocratização brasileira, com a campanha “Diretas Já!”, o que também impulsionou grande desenvolvimento do movimento sanitarista para trabalhar de maneira intensa a problemática de como deveria ser a área da saúde a partir de um regime democrático, com garantias do Estado. Assim, foi realizado um trabalho intenso com reuniões, encontros e seminários para explorar um modelo sanitarista de saúde e aperfeiçoar as propostas de mudanças do Sistema Nacional de Saúde que estava em vigor neste período, através do entendimento de que a saúde deve ser dever do Estado e direito de todos, com descentralização e democratização deste sistema (SCOREL, 1999).

Logo, em 1985, com a “Nova República” que não tinha mais diretamente o governo militar no poder, o movimento sanitário teve grande expressividade e espaço para a politização da área da saúde e conseguiu constituir alicerce para que em 1986 fosse convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde <sup>11</sup>. Esta tinha como alvo a construção de subsídios e elementos para debates que contribuíram com a reformulação do Sistema Nacional de Saúde no processo da Constituinte, o qual formulou a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (SCOREL, 1999).

A VIII Conferência Nacional de Saúde definiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, da mesma maneira que foi um elemento importantíssimo para o processo de mudança do Sistema Nacional de Saúde em vigor, culminando ainda em julho de 1987 com a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que tinha uma proposta com visão na descentralização dos serviços de saúde, principalmente os municipais, e no enxugamento da máquina previdenciária, que era a maior responsável da época pela área da saúde. Porém, o SUDS em 1988, depois de sua curta vigência, com o texto da Constituição Federal de 1988, foi transformado, através de grande luta por atores coletivos e embasamento no Projeto de Reforma Sanitária, no maior ganho para a área da saúde: o Sistema Único de Saúde (SCOREL, 1999).

---

<sup>11</sup> Tal Conferência é um marco de grande eloquência para a área da saúde, visto que lançou as bases para um texto constitucional sobre a saúde de grande avanço para aquela época brasileira, sendo considerado moderno e de expressiva abrangência. O seu relatório final pode ser acessado em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)>

No final década de 1980, a população brasileira vivenciava um período de superação do regime ditatorial, que havia sido instaurado em 1964 e suprimido somente em 1985. A política de saúde, ao final desta década, passou a contar com um amplo debate da sociedade civil, assumindo dimensão política vinculada à democracia e passando a ser visualizada de maneira ampliada. Mas, os principais desafios colocados à saúde era a redução da mortalidade infantil, de doenças preveníveis por imunização, a persistência de doenças cardiovasculares e cânceres, o aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS e a epidemia de dengue (BAPTISTA 2007).

Segundo Baptista (2007), as pressões do movimento de Reforma Sanitária trouxeram, na década de 1980, algumas mudanças concretas para o financiamento por parte do Estado em relação a programas sociais, para a cobertura em saúde e a universalização da saúde, para o desenvolvimento de ações integradas na área da saúde por todas as esferas do governo; para a formulação de serviços que prevê a prevenção em saúde através da atenção básica à saúde; e, para criticar a mercantilização da saúde através da previdência social e dos privilégios trazidos pelo Estado para o setor privado. Com isto, ampliou-se muito o debate sobre o direito à saúde, colocando no centro a garantia pelo Estado de acesso universal às ações, serviços e programas de proteção, como, também, refletindo a concepção de saúde que se tinha, trabalhando-a não mais como um processo de ausência de doenças, mas também como resultado do acesso à alimentação, habitação, renda, trabalho, lazer, educação, meio ambiente e outros fatores.

Neste contexto, de derrocada do governo militar e de transição democrática que o país vivenciava, o Sistema Único de Saúde foi aprovado através do processo da Constituinte que promulgou a Constituição Federal de 1988. A nova Constituição Federal representava, naquele momento, o reconhecimento e garantia de direitos sociais frente à crise que se enfrentava e à grande desigualdade social que se vivenciava no país (BAPTISTA, 2007).

Assim, dentre os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, a área saúde passou a ser estabelecida e regulamentada como direito de todos e dever do Estado:

Art. 196. 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.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes [...] (BRASIL, 2010)

No entanto, como já apontado no preâmbulo deste Capítulo, na década de 1990 vivemos um contrafluxo de tudo aquilo que o país havia vivenciado na década de 1980 com a luta por democratização e abertura de direitos sociais. Por sermos um país de capitalismo periférico, sofremos na década de 1990 os impactos de uma crise estrutural que estava sendo gestada nos países de capitalismo central desde a década de 1970. Tal crise acabou por reconfigurar o padrão de produção e acumulação, o mundo do trabalho e o quadro político, econômico e social mundial e rebateu nas configurações do Estado e do mercado, dando como resposta, pelos Organismos Internacionais Multilaterais, a emergência e acirramento da política neoliberal. Esta trouxe os ditames de um Estado com interferências mínimas no social e máxima abertura para o mercado oferecer todos os tipos de serviços que o ser humano necessita acessar, o que incidiu diretamente nos direitos sociais (educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados) tão lutados e conquistados com legitimação na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, fazendo até alguns pensadores registrarem esta como “a década perdida” (IAMAMOTO, 2013).

Como aponta Paim et al. (2011), temos estabelecido hoje no Brasil, dentro do sistema de saúde, três subsetores que se dividem entre o público, o privado e o de saúde suplementar, fazendo com que as pessoas possam se utilizar de todos, de acordo com a facilidade de acesso e capacidade de pagamento. O subsetor público, tem os serviços financiados e providos pelo Estado. O subsetor privado, onde está incluso as instituições de fins lucrativos ou não, tem os serviços financiados de diversas maneiras, com recursos privados e também públicos. E, o subsetor de

saúde suplementar é composto de diferentes tipos de planos privados de saúde e apólices de seguro, além de subsídios fiscais. No entanto, são os serviços de saúde privados que possuem mais expressividade hoje em nosso país, por diversos elementos. Nas palavras dos autores:

Historicamente, as políticas de saúde estimularam o setor privado no Brasil e promoveram a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, seja pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, ou ainda mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. O subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Parte dessa oferta é financiada pelo SUS e o restante, por fontes privadas. A demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas que oferecem tais benefícios a seus funcionários. (PAIM et al., 2011, p. 19-20).

Desta forma, segundo Bravo (2009), temos na atual conjuntura, na área da saúde, dois projetos em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária, construído pelo movimento sanitário que lutava por uma reformulação no “fazer” saúde, como também lutava pela redemocratização do país e a conquista de direitos sociais; e, o Projeto de Saúde articulado ao mercado, de modelo privatista, que passou a se tornar hegemônico na década de 1990 com a entrada da política neoliberal no país, e assim se encontra até os dias de hoje.

## **2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1990: O PROJETO PRIVATISTA E OS REBATIMENTOS NA SAÚDE PÚBLICA**

Como já sinalizado na discussão anteriormente, a partir da década de 1970 a onda econômica neoliberal começou a ser disseminada pelo mundo, alcançando um conjunto de países e causando impactos estruturais nas diversas políticas econômicas e sociais, bem como no *modus operandi* do Estado e do mercado.

De acordo com Laurell (1995), o neoliberalismo é uma política de ajustes e transformações estruturais com um projeto global de organização da sociedade para a redefinição da relação entre as classes sociais. Desta forma, se baseia não meramente na redução do Estado, mas sim na redefinição do seu papel, com vistas a garantir que o mercado seja o ente de maior protagonismo, dado seu postulado

“que o mercado é o melhor mecanismo dos recursos econômicos e da satisfação dos indivíduos” (LAURELL, 1995, p. 161)

Ainda de acordo com a autora supracitada, esta força político-ideológica, marcada a partir da crise econômica mundial gestada no final dos anos de 1970, sustenta a reconstrução do mercado, a competição e o individualismo. Nestes moldes, visa a eliminação da intervenção do Estado na economia, de modo que se tenha maior abertura para a privatização e desregulamentação das atividades econômicas, ficando o Estado responsável por intervir com o intuito de garantir ações mínimas somente para aliviar a pobreza e produzir serviços que as instituições privadas não podem ou não querem produzir, dado os parâmetros de lucratividade. Ou seja, tem como objetivo destruir as instituições públicas para estender os investimentos privados em todas as atividades econômicas rentáveis. Além disso, visa à desregulamentação e flexibilização das relações trabalhistas, com vistas a tornar os trabalhadores polivalentes e os postos de emprego sucateados, ao passo que um trabalhador pode exercer diversas funções sob mínimas contribuições trabalhistas e até terceirizadas. Bem como, esta política rechaça os direitos sociais e se opõe a qualquer tipo de ação balizada na universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais, já que visa a privatização do financiamento e produção dos serviços, cortes nos gastos sociais, eliminação de programas sociais, redução de benefícios estatais e canalização de gastos estatais somente para grupos carentes. Nas palavras de Laurell (1995, p. 162):

Os neoliberais também sustentam que o intervencionismo estatal é antieconômico e antiprodutivo, não só por provocar uma crise fiscal do Estado e uma revolta dos contribuintes, mas sobretudo porque desestimula o capital a investir e os trabalhadores a trabalhar. Além disso, é ineficaz e ineficiente: ineficaz porque tende ao monopólio econômico e estatal e à tutela dos interesses particulares de grupos de produtores organizados, em vez de responder às demandas dos consumidores espalhados no mercado; e ineficiente, por não conseguir eliminar a pobreza e, inclusive, piorá-la com a derrocada das formas tradicionais de proteção social, baseadas na família e na comunidade. E, para completar, imobilizou os pobres, tornando-os dependentes do paternalismo estatal. Em resumo, é uma violação à liberdade econômica, moral e política, que só o capitalismo liberal pode garantir.

De tal modo, é uma política que impõe um novo padrão de acumulação, sob a expansão do capital financeiro, agravando os seus efeitos sobre o emprego, os salários e a distribuição de renda, provocando aumento da pobreza relativa e

absoluta<sup>12</sup> e da exclusão social. O que traz graves implicações sociais, pois provoca um processo maciço de empobrecimento e crescente polarização entre as classes sociais, bem como estratifica a população a partir da sua capacidade de pagar por serviços que satisfazem as necessidades humanas básicas (LAURELL, 1995).

No entanto, a adoção do projeto neoliberal como programa de governo não ocorreu de forma simultânea em todos os países, como também não seguiu o mesmo ritmo, devido às condições particulares de cada local. Vale ressaltar, também, que na América Latina se tem notórias diferenças com relação aos países de capitalismo avançado no tocante à implementação deste projeto, por serem países de capitalismo periférico<sup>13</sup> e por terem peculiaridades. No Brasil, então, a entrada desta política de ajuste fiscal e estrutural se deu a partir da década de 1990 (IAMAMOTO, 2013).

O projeto neoliberal que teve seu acirramento e consolidação no Brasil na década de 1990 está vivo e forte. Com o processo da Constituinte no final da década de 1980, no campo da saúde se acirrou o debate entre o bloco dos grupos empresariais e o bloco do movimento que propôs a Reforma Sanitária, onde houve muita resistência dos prestadores de serviços privados de saúde com diversos

---

<sup>12</sup> A definição de pobreza não deve ser pautada apenas no quantitativo econômico, mais também em outros indicadores que são necessários para a sobrevivência do ser humano, como acesso a educação de qualidade, moradia, saneamento básico, meios de transporte, entre outros. A concepção de pobreza absoluta considera falta de condições de subsistência biológica e satisfação das necessidades básicas. Está vinculada a questões de sobrevivência física, a casos extremos, onde não se tem o atendimento das necessidades para o mínimo vital. A concepção de pobreza relativa leva em conta o contexto social, um padrão de vida geral para a satisfação das necessidades. De tal modo, define necessidades a serem satisfeitas dentro do modo de vida predominante numa dada sociedade, o que permite a incorporação de buscas pela erradicação de desigualdades entre os indivíduos. Sobre este assunto, ver mais In: ROCHA, 2003.

<sup>13</sup> Por capitalismo periférico se entende o processo de desenvolvimento econômico construído por dependência imposta. Visualiza-se a aplicabilidade deste processo nos países em desenvolvimento ou chamados de terceiro mundo. O que se deu principalmente aos países da América Latina, como a história nos demonstra, através da conjuntura de colonização destes países, que possuem acumulação baseada na superexploração do trabalhador. Diferenciando-se assim do capitalismo avançado, que possui economias capitalistas desenvolvidas e centrais, figurando-se nos países de primeiro mundo. A forma moderna da organização sistêmica capitalista necessita, para sua existência, que os Estados-Nações sejam interligados economicamente, sempre em busca de crescimento e desenvolvimento econômico. Estas relações mundializadas são marcadas pela dominação econômica, política e social obtida dos países conhecidos como capitalismo central sobre os de capitalismo periférico, criando uma interdependência sobre eles e gerando grandes desigualdades sociais. Assim, a dependência faz com que os países tenham sua economia condicionada pelo desenvolvimento e expansão de outra economia, a qual se está submetida. A relação de interdependência assume forma de dependência quando os países dominantes podem se expandir enquanto os países dependentes só podem fazer isso de forma secundária, como reflexo desta expansão. Desta forma, a situação colocada aos países dependentes é a posição de exploração pelos países dominantes. Países estes que dispõem, então, de domínio tecnológico comercial, capital e sociopolítico sobre os demais (SANTOS, 2012).

conflitos, por serem contrários aos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O que impediu a definição de algumas questões importantes como financiamento, regulação do setor privado, dentre diversas outras, demonstrando que o texto constitucional, mesmo atendendo às muitas reivindicações do Projeto de Reforma Sanitária, atende ainda à alguns interesses empresariais do setor de saúde que não são renunciados de maneira alguma (BAPTISTA, 2007).

O artigo 199 da Constituição Federal de 1988 nos demonstra muito claramente a abertura que se teve para a área privada com este grande embate gestado. Notemos isto no referido artigo:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (BRASIL, 2010)

Como explicita Campos (1991), a política de saúde não possui uma forma homogênea de produção de serviços, nela encontram-se várias formas de produção. No Brasil há uma clara hegemonia da produção neoliberal para assegurar uma forma mercantilista de prática de saúde. No entanto, esta precisa considerar as diretrizes da política estatal, pois sua viabilidade também depende da intervenção e das ações complementares do Estado, onde este precisa fornecer recursos financeiros até para o setor privado, além de ter que realizar ações de alcance coletivo por pressões da sociedade civil. Logo, como já mencionado no item 2.1 deste Capítulo, de maneira *en passant*, temos atualmente na área da saúde dois projetos em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde Privatista articulado ao mercado.

O Projeto de Reforma Sanitária, grande idealização por toda a população que luta por uma sociedade justa, igualitária e livre, foi de extrema importância para a construção do Sistema Único de Saúde que temos em vigência atualmente. Este

tem como temas centrais a garantia de que o Estado atue em favor da sociedade, garantindo saúde pública, gratuita e de qualidade à população, com a universalização do acesso, a descentralização da gestão e do financiamento e a participação popular no planejamento, monitoramento e avaliação da política de saúde. Assim, é uma proposta e modelo contra-hegemônico de saúde, que se opõe à lógica neoliberal, e foi construído pela articulação dos trabalhadores da área da saúde com os movimentos sociais, tendo como pano de fundo a reforma democrática na saúde (BRAVO, 2009).

O Projeto de Saúde de Mercado/Privatista, que questiona e se contrapõe ao Projeto de Reforma Sanitária, está baseado na política de ajuste estrutural neoliberal, recuperando um modelo de saúde centralizado em atendimento médico assistencial privatista, propondo contenção de gastos por parte do setor público, a estimulação para a aquisição da população por um seguro de saúde privado e a extinção da universalidade de acesso à saúde como um direito, vez que tem como postulado a construção de uma saúde individualista e fragmentada à parte da realidade concreta da população. Assim, tem como características centrais um caráter focalizado de atendimento à população, com um pacote básico de saúde pautado na filantropização, por responsabilizar a sociedade a assumir os custos dos serviços públicos, e na utilização de agentes comunitários e cuidadores para a realização de diversas atividades profissionais que seriam de áreas específicas, bem como impulsiona a economia e estimula o mercado assumir a área da saúde ao retirar as responsabilidades do Estado, tendo como estratégia o incentivo à compra de serviços de saúde para o atendimento das necessidades (BRAVO, 2009).

Conforme traça Elias (2003) as medidas que vem sendo adotadas para promover o ajuste econômico, a partir da política neoliberal, vêm promovendo graves situações no Sistema Único de Saúde, fazendo com que se tenha muitos e diversos problemas relativos ao seu funcionamento e estruturação. Deste modo, ao passo que deveríamos ter um único sistema de saúde, temos um sistema de saúde que abrange serviços públicos e privados para atendimento da população. Os principais traços destes dois segmentos, segundo o autor, são:

- a) serviços públicos prestados pelos próprios governamentais ou por compra de serviços de terceiros, para os grupos sociais de renda média para baixo, historicamente financiados por contribuições compulsórias à Previdência Social [...].
- b) prestação privada de serviços e seguro privado para os grupos de renda mais elevada e parcela dos trabalhadores urbanos

das atividades industriais e de serviços pertencentes ao setor mais dinâmico da economia [...] (ELIAS, 2003, p. 70).

Ainda nas palavras de Elias (2003), dentro da onda neoliberal a temática da saúde também passou a ser reorganizada, trazendo novas configurações. Esta política foi reuniversalizada por meio de uma vertente totalmente economicista e as mudanças causadas foram inseridas na busca por uma nova ordem econômica e mundial. Com isto, “o Banco Mundial dedicou o seu tradicional Informe sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 ao tema “Investir em Saúde”” (ELIAS, 2003, p.61), o qual se propôs a trazer um panorama sobre a situação da saúde no mundo, abordando os principais aspectos que envolviam o problema da assistência à saúde, de modo a enfocá-la sob a ótica de custo-benefício e a problematizar a organização desta assistência com o papel dividido entre os setores público e privado.

Deste modo, o relatório do Banco Mundial a partir deste Informe, acaba por recomendar:

Aos países em desenvolvimento a adoção de um Sistema de Saúde em que seja responsabilidade do Estado a universalização da assistência básica à saúde, produzindo seus próprios serviços ou fazendo parceria com Organizações Não governamentais. A assistência especializada e com grande incorporação tecnológica seria prestada pelo setor privado, financiada preferencialmente por Seguro Saúde do tipo pré-pagamento de serviços. A operacionalização deste tipo de sistema demandará a formulação e a implementação de uma política de saúde voltada para o desenvolvimento governamental na atenção básica [...] e, no mínimo, de incentivo do setor privado para que ele atue no nível secundário e terciário da assistência médica (ELIAS, 2003, p.64).

Com o parâmetro de políticas sociais para balizarem serviços diferentes para públicos diferentes, temos claro que o setor de saúde também acaba por reproduzir as desigualdades que são inerentes a esta sociedade de produção capitalista. Assim, temos um sistema de saúde brasileiro que se volta para objetivos e públicos diferentes. Ao discutir a ralé estrutural Jessé Souza (2011, p.21) chama a atenção para um evidente conflito social e político: o abandono. Este, em seu argumento, seria “consentido por toda a sociedade”, fazendo assim com que os indivíduos esquecidos enquanto uma classe possuam uma gênese e um destino comum, sendo “percebida no debate público como um conjunto de indivíduos carentes ou perigosos, tratados fragmentariamente por temas de discussão superficiais” (SOUZA, 2011, p.21).

Desta maneira, este pensamento também se espraia para a oferta de serviços públicos e, não de modo diferente, para o setor da saúde. O senso comum é um campo muitas vezes utilizado pelo Estado, pelo capital e por teorias científicas, para escamotear a realidade e justificar as desigualdades devido ao fato de vivermos em uma sociedade meritocrática, a qual reivindica para si aspectos democráticos ao falsamente dar “igualdade de oportunidade para todos”. Neste sentido segue-se também a ideia de “demonizar” o Estado e “divinizar” o mercado lançando-se sobre a esfera pública discursos de que o privado tem potencial de ofertar serviços bem melhores ao aproveitar-se das falhas e limitações colocadas nos serviços públicos. E, dada a conjuntura do sistema econômico e social no qual vivemos, os principais usuários destes serviços públicos, com falhas e limitações, são aqueles que constituem a população mais carente da nossa sociedade: a ralé brasileira. Com isto, ao oferecerem um serviço deficitário para a população destituída de posses, ainda seguindo o argumento de Jessé, é como se o Estado decidisse não se fazer presente para alguns indivíduos (SOUZA, 2011).

Neste contexto de fragilização das instituições públicas, permite-se inferir que os serviços públicos de saúde precários favorecem as empresas privadas ofertantes dos mesmos serviços, o que obriga a ralé aceitar sem questionar o que é dado, de maneira que “a percepção desta classe “enquanto classe” implica uma percepção radicalmente nova dos problemas centrais que desafiam o Brasil enquanto sociedade”. (SOUZA, 2011, p. 22)

Conforme Lara Luna (2011), muitas das políticas públicas, destinadas à população que não pode comprar por serviços, não sustentam por muito tempo a melhoria na qualidade de vida por não ponderarem sua situação concreta de vida. Segue-se, assim, a saúde. A saúde reproduz a desigualdade social presente no Brasil, que segrega e classifica as pessoas valorizando alguns em detrimento de outros. É isto que traz a precariedade dos serviços, os tornando ineficientes para as necessidades dos trabalhadores e segregando os que podem pagar por serviços privados e os que não podem pagar, além de instaurar um padrão de má fé institucional pelas suas debilidades. Nas palavras da autora:

As debilidades no funcionamento das instituições públicas de saúde se afinam com a desigualdade social, reproduzindo-a, o que significa que na prática elas contradizem os preceitos constitucionais pelos quais o Sistema Único de Saúde, o SUS, foi criado, não favorecendo a proposta idealizada

em seu bojo de propiciar cidadania inclusiva e igualitária. (LUNA, 2011, p.306)

Além disso, seguindo Elias (2003), temos ainda que nos atentar para a forma como o Estado e o mercado conduzem o acesso da população aos diferentes níveis de complexidade da saúde, dado os interesses econômicos em jogo. A lógica de produção de serviços e financiamento nesta condução de acesso se dá através de um padrão de organização excludente e iníquo, destinando ao setor público a responsabilidade pelos estabelecimentos de mais baixo custo, ao passo que o serviço privado se concentra nas atividades mais lucrativas de nível hospitalar e consultas médicas.

[...] a rede brasileira de estabelecimentos de saúde qualifica-se como sendo voltada fundamentalmente para a assistência básica de saúde, sendo o setor público responsável preponderantemente pelos serviços de atenção primária, geralmente incorporador de tecnologia de baixo custo, enquanto o setor privado concentra-se preferencialmente no segmento hospitalar, tradicionalmente incorporador de tecnologia de maior custo. Acresce-se a isso o fato de que hospitais com grande incorporação de tecnologia, portanto demandantes de grandes investimentos de capital, geralmente pertencem ao setor público, como dentre vários outros o Incor em São Paulo e o Sara Kubitschek em Brasília (ELIAS, 2003, p. 78-79).

Esta situação expressa claramente “as relações de determinação entre política de saúde, organização de serviços e concepções de Estado a ela subjacentes” (ELIAS, 2003, p.64). Isto promove uma política de saúde que garanta o mínimo à população com baixo custo e relega à mesma população independência para financiar serviços especializados de modo individual. O que, ainda, demonstra o histórico papel desempenhado pelo Estado brasileiro de organizar os consumidores, direcionar o financiamento e conciliar os interesses que estão em torno da saúde, convertendo, assim, sistemas que segmentam a assistência à saúde a partir de vários critérios e não um único sistema de saúde universal, equânime e balizado pela igualdade (ELIAS, 2003).

No entanto, vale ressaltar aqui, ainda, para problematizarmos esta questão dos serviços públicos *versus* privados e refletirmos as características dos projetos privatistas, que a sobrevivência do modelo neoliberal na saúde depende de diversas fontes de custeio, porque poucos serviços privados tem capacidade de sobreviver exclusivamente do pagamento financeiro por desembolso direto dos pacientes, até porque seria uma parcela muito reduzida da população que teria condições de

custear os serviços obtidos sem nenhum intermédio financeiro, já que a saúde também acaba por reproduzir a desigualdade social existente em nosso país. Assim, a maioria dos serviços privados mantém convênios com o Estado, através do SUS (CAMPOS, 1991).

Deste modo, as contribuições de Elias (2003) possibilitam afirmar que o Estado, sem dúvida alguma, se constitui como o maior agente financiador dos serviços de saúde, tanto do segmento público quanto privado. É como se existissem fatias de serviços de saúde que são separadas conforme a lucratividade do mercado para nortear a oferta de serviços. Ao setor público cabem as fatias da atenção básica em saúde e da alta complexidade em saúde com grandes e custosas incorporações de tecnologias. Isto se dá pelos óbvios motivos de que atenção básica não é lucrativa porque, em tese, se volta à prevenção e não a práticas curativas, e a alta complexidade demanda tão volumosos investimentos que não é de interesse ao setor privado investir com ânimo neste segmento. Assim, ao “mercado da saúde” cabem as fatias de média e alta complexidade que prestam serviços mais lucrativos e que possibilitam ainda investimento do Estado. Isto se dá com a oferta de serviços nas atividades hospitalares e consultas médicas especializadas que possibilitam o lucro a partir dos compradores e de convênios com o SUS para pagamentos do Estado por prestação de serviços.

Ancorados nas contribuições dos autores que compõe este trabalho e, especialmente em Elias (2003), podemos inferir que, a partir da política neoliberal, temos no Brasil a introdução da saúde num sistema ainda mais perverso de reprodução de desigualdades e de coberturas injustas, ao passo que se efetua um padrão totalmente segmentado de produção e acesso aos serviços, como já problematizado anteriormente. O que torna a política de saúde iníqua no atendimento das necessidades sociais das pessoas e, conseqüentemente, excludente ao dispor de modo segregativo ofertas de serviços. Cabe ao Estado abrir maiores precedentes para o mercado ditar regras ao padrão de produção de serviços de saúde. As políticas públicas de saúde passam a ser fortemente atacadas e submetidas a um jogo de predileções que penalizam as camadas mais empobrecidas da população. Seguindo-se esta lógica, os preceitos constitucionais que legitimam a saúde como direito de todos e dever do Estado também acabam por ser atacados e tornam-se letra morta na sua transposição para a realidade.

Em suma, a organização dos serviços de saúde no Brasil expressa, quer em termos da sua produção, quer em termos do acesso da população, uma lógica fortemente influenciada pelos aspectos econômicos, e, portanto, mediada por mecanismos do mercado, em detrimento de uma lógica regida pelas necessidades sociais, nelas incluídas as de saúde. Nestes termos, esta lógica termina por reproduzir de modo perverso os mecanismos determinantes das desigualdades (inter e intra-regionais, clivadas pelo desenvolvimento econômico que apresentam) e de exclusão social, acentuando ainda mais a marginalização de parcelas significativas da população (ELIAS, 2003, p. 93).

Neste sentido, ao se refletir sobre como passaram a serem delineados e estruturados os serviços de saúde no Brasil após a década de 1990, com destaque precípuo para a Atenção Primária à Saúde (APS), cabe neste trabalho refletirmos também como é entendida e executada a APS no Brasil, como se pretende pautar no item a seguir, de maneira a alargar as reflexões deste trabalho e alcançar o seu objeto.

### **2.3 A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO E TRAJETÓRIA NA SAÚDE PÚBLICA**

O Sistema Único de Saúde (SUS), previsto pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis ordinárias que o regulamentam, possui princípios doutrinários e diretrizes organizativas que se complementam e se articulam para a conformação tanto das práticas de saúde quanto dos ideários de bem-estar social e preceitos de sociedade que a população brasileira tanto discutiu e buscou em sua construção. Os princípios doutrinários que regem este sistema são a universalidade, a integralidade e a equidade. Já as diretrizes organizativas são compostas pela descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O princípio da universalidade tem a perspectiva de assegurar a todo cidadão o direito e acesso à saúde, sem discriminação alguma, diferentemente do que acontecia anteriormente ao texto constitucional de 1988. O princípio da integralidade visa orientar a expansão e qualificação dos serviços de saúde, pois pressupõe a consideração dos indivíduos e das coletividades em sua totalidade para o entendimento do processo saúde-doença, bem como pressupõe a prestação de ações e serviços também através da totalidade, e não somente numa lógica centrada no médico e serviços de enfermagem, na busca de se garantir majoritariamente a promoção em saúde de caráter intersetorial, além da proteção,

cura e reabilitação dos indivíduos e coletivos. E, o princípio de equidade traz a prioridade de oferta de ações e serviços à população que tem maior risco de adoecimento e morte em decorrência de suas condições de vida, de sua vulnerabilidade social e da desigualdade de distribuição de rendas e serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A diretriz de descentralização está ligada à oferta de serviços pelos entes federativos e possui ênfase na municipalização de gestão dos serviços e ações de saúde, atribuindo, assim, aos municípios a responsabilidade de prestação direta da maioria dos serviços, sob a perspectiva das particularidades que cada localidade possui e, também, através da necessidade de se ter um gestor em cada esfera para que os serviços e ações não fiquem engessados. A diretriz de regionalização também está ligada à descentralização e está ligada ao repasse de recursos de modo mais racional, conforme a necessidade de cada região, pois tem por objetivo a distribuição de recursos no território com base na distribuição da população de modo a promover a integração das ações e das redes assistenciais. Já a diretriz de hierarquização está ligada aos níveis de saúde para o acesso dos usuários, de maneira que visa à ordenação do sistema de saúde e o estabelecimento dos fluxos assistenciais entre os serviços, com o objetivo de regular um acesso mais versátil às necessidades. E, a participação comunitária é uma diretriz assegurada pela Constituição Federal de 1988 e reforçada pela Lei 8142/90, que visa a democracia participativa, tendo participação dos cidadãos nas Conferências e Conselhos de Saúde para pensar, avaliar, propor e definir a execução da política de saúde pelos órgãos executivos (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A partir destas questões, então, compete ao SUS a execução de ações e serviços para cumprir com os preceitos estabelecidos legalmente. Com relação ao assunto tratado neste trabalho, vale ressaltar aqui, também, que é de competência do SUS a oferta de serviços básicos de atenção à saúde para a população brasileira, de modo que esta é uma responsabilidade intransferível dos municípios e que deve ser organizada a partir das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família. As iniciativas locais devem possibilitar maior adequação das ações às necessidades de saúde da população (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Como aponta Mendes (2015), a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é uma forma peculiar de apropriar todos os recursos do sistema de saúde para satisfazer às necessidades e

demandas da população. No SUS está situada no primeiro nível de cuidado e pode ser considerada uma estratégia altamente resolutiva, que tem capacidade de coordenar as Redes de Atenção à Saúde<sup>14</sup>, organizando e definindo os cuidados a serem prestados pelos outros níveis de atenção, pois é o nível que mais pode se aproximar do cotidiano dos indivíduos e da família. Desta forma, a APS pode ser concebida como estratégia de organização do sistema de saúde, funcionando como a porta de entrada dos serviços, baseada majoritariamente na integralidade, na continuidade de atenção, no trabalho em equipe, na atenção à família e à comunidade.

De acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 786), a APS pode ser conceituada como:

[...] o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e os problemas, fornece atenção à pessoa (não a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É o tipo de atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a manutenção, promoção e melhora da saúde. Em resumo, pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e assentada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais.

Assim, dado a APS ser um dos níveis onde mais se concentram o crédito do setor público e, portanto, ser o nível de atenção em saúde que mais se aproxima de um número maior da população, por ter sua execução majoritariamente em Unidades Básicas de Saúde que são consideradas “a porta de entrada do SUS”, cabe aqui à construção de como se estrutura esta complexidade para um maior entendimento da forma como se dá a saúde pública brasileira e para o alcance das reflexões que este trabalho objetiva.

No Brasil o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura Atenção Básica em Saúde (ABS) para definir Atenção Primária à Saúde. O conceito de ABS vem como

---

<sup>14</sup> As Redes de Atenção à Saúde, conhecidas como RASs, podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que possuem diferentes densidades tecnológicas e que se integram, na busca pela garantia da integralidade do cuidado, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Como aponta Mendes (2011, p. 82), “os objetivos de uma RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde”. Sobre este assunto, ver mais In: MENDES (2011).

uma concepção historicamente construída em um cenário de lutas, pois se baseia nos princípios da Reforma Sanitária. Além disso, vem para dialogar com as especificidades do SUS, ao quebrar com o enrijecimento de APS levados para os modelos de atenção, de modo a representar a história e concepção deste sistema. E, ainda, deve ser a articuladora dos demais níveis de saúde e dos sistemas de atenção à saúde, de modo que a organização da atenção à saúde deve estar baseada na integralidade, universalidade e equidade para instruir os serviços de saúde pública e para prestar um atendimento contínuo à população. Desta forma, é um conceito que está em disputa contínua na produção acadêmica e política (FAUSTO; MATTA, 2007).

Embora seja adotado o conceito de ABS para tecer as reflexões deste trabalho, por reconhecer os significados contidos nesta ideia, necessita-se resgatar aqui, também, o conceito e trajetória histórica da APS, pois, em sua totalidade, foi o conceito que se difundiu mundialmente para então culminar em ABS no Brasil.

A APS foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 como o primeiro nível de contato da saúde para com a população e, portanto, considerada como principal enfoque dos sistemas nacionais de saúde para prestação de saúde à comunidade. Em sua definição aponta-a como:

A atenção essencial à saúde, baseada na tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando-se universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral de um sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo um primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

A concepção de APS surgiu em 1920 no Reino Unido e foi usada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson. Este relatório ressaltava a importância da reorganização e da hierarquização dos cuidados em saúde, além de conceber o modelo de atenção em saúde pautado em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Seguindo-se esta lógica, os centros de saúde primários e os serviços domiciliares tinham como objetivo a organização

de forma regionalizada, para que a maior parte dos problemas de saúde fosse resolvida por médicos generalistas e, quando o médico não pudesse solucionar o que foi apontado pela população com os recursos que eram disponíveis nesta área, deveria encaminhar os casos para que fossem atendidos em centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais (FAUSTO; MATTA, 2007).

Fausto e Matta (2007) alertam que além de constituir-se referência para a organização do modelo de atenção inglês, que preocupava as autoridades do país devido ao elevado custo do modelo de atenção em saúde, devido à crescente complexidade da atenção médica e também devido à sua baixa resolutividade, de certo modo este relatório ainda se contrapôs ao modelo flexneriano americano para a saúde, projetado através do Relatório de Abraham Flexner, de cunho curativo, baseado no mecanicismo, biologismo, individualismo e especialismo que se constituíam em uma referência para os atendimentos de saúde de tipo americano, baseados em valorização mercadológica e tecnicista, que reforçam a separação entre o individual e o coletivo, o público e o privado.

Nas argumentações explicitadas por Brasil (2009, p. 179) sobre este assunto:

O modelo flexneriano teve expansão significativa, com vistas a se adequar às práticas econômicas e sociais do capitalismo industrial. Após a primeira e segunda guerra mundial concretizou-se a consolidação hegemônica desse modelo em grande parte do mundo ocidental, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

Neste sentido, Fausto e Matta (2007) ponderam que este modelo de atenção em saúde, elaborado pelo governo inglês, influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo e ainda definiu duas precípuas características básicas da APS, que seria a regionalização, para a organização dos serviços de saúde de maneira a atender as diversas regiões nacionais, e a integralidade, de modo a buscar atender as pessoas em sua totalidade e fortalecer a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Seguindo-se ainda as contribuições trazidas por estes autores, o impacto desta concepção, ao nível mundial, se deu pelos níveis que a saúde alcançava e que preocupavam os países desenvolvidos, dado os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a sua baixa resolutividade,

ao passo que os sistemas de saúde dos países periféricos e em desenvolvimento eram envoltos por iniquidade, falta de acesso a cuidados básicos de saúde, alta mortalidade infantil e condições sociais, econômicas e sanitárias extremamente precárias (FAUSTO; MATTA, 2007).

Deste modo, o fortalecimento internacional da organização da APS veio para se pensar a prática médica e a medicina preventiva, levando assim cuidados próximos ao ambiente sociocultural dos indivíduos e de suas famílias, para a prevenção e controle do adoecimento, o que economicamente é muito mais viável do que se depender do uso de onerosos e altos serviços e tecnologias (FAUSTO; MATTA, 2007)

Percebe-se, assim, que na década de 1970 a APS foi apontada como um grande trunfo para a condução da política de saúde, por ser de baixo custo e de grandes possibilidades de resolutividade. E, dessa forma, foi catalogada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma Ata e promovida pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância. De modo conceitual, foi somente a partir desta Conferência que fundamentalmente se buscou uma definição para APS, conforme a qual foi indicada anteriormente (BRASIL, 2009).

Essa Conferência sintetizou as discussões que se estabeleceram em torno das estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, a fim de proporcionarem um nível de saúde melhor para todos, independente das diferentes origens sociais e econômicas, e apresentou propostas amplas de abordagem para a organização e redimensionamento dos recursos disponíveis, por meio dos cuidados primários de saúde. Foi também uma importante estratégia que marcou o início de um novo paradigma para a saúde coletiva, bem como o estabelecimento de uma nova plataforma política sanitária internacional (BRASIL, 2009, p. 177).

A Conferência de Alma Ata especificou os componentes fundamentais da atenção primária à saúde como educação em saúde, saneamento ambiental, programa de saúde materno-infantil, prevenção de moléstias endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional, respaldando e fundamentando os conceitos a partir da prática de vigilância à saúde e do processo de produção social da saúde. Assim, foi proposta nesta Conferência a meta “Saúde para todos no ano 2000”, com vistas de reconfiguração dos sistemas de saúde do mundo todo a partir do panorama de contemplar as necessidades da população

tendo a saúde como um direito humano fundamental. Esta meta era visualizada com o objetivo de levar promoção e assistência à saúde para toda a população, além de fortalecer a APS como estratégia para ampliar os sistemas de saúde nacionais (BRASIL, 2009).

Neste sentido, para Fausto e Matta (2007), tem-se nos diferentes sistemas de saúde do mundo várias terminologias e interpretações para APS. O que faz valer, então, a necessidade de considerar os aspectos econômicos, políticos, sociais e ideológicos que ancoram as práticas em saúde e produzem diversas interpretações e abordagens de APS nestes diversos sistemas de saúde. No Brasil a APS é compreendida como “o primeiro nível ou o momento em que se inicia o processo de atenção em um sistema de saúde” (FAUSTO; MATTA, 2007, p.48), além de ser compreendida como estratégia essencial para a reorientação do SUS.

Como já apontado, anteriormente, no Brasil o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura Atenção Básica em Saúde para definir APS. A nomenclatura ABS foi apresentada na NOB SUS 01/96 a partir da política nacional de saúde sob um panorama ideológico, embasado pelo Projeto de Reforma brasileiro, estratégia e dispositivo para atenção integral à saúde articulado ao sistema nacional de saúde:

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas e planejamento em saúde (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 43).

Como coloca Mendes (2015, p.23):

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente.

A partir da leitura dos diversos autores que contribuem com discussões acerca da política de saúde e que auxiliam a construção deste trabalho, podemos entender que no Brasil a atenção primária à saúde aparece como um caminho para a unificação e ampliação da atenção à saúde, de modo efetivo, com o Projeto de Reforma Sanitária e a construção do SUS.

Nas palavras de Mendes (2015, p.30) “a APS tem uma história singular no Brasil que pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento”, como veremos a seguir, a partir da trajetória histórica da política de saúde brasileira já apresentada no item 2.1 deste capítulo.

Em 1924 se deu o primeiro ciclo, com os Centros de Saúde criados pela Universidade de São Paulo, que provavelmente sofreram alguma influência do pensamento dawsoniano inglês, pois a saúde passou a ser compreendida com necessidades de atuação mais efetiva por parte do Estado, dado o crescimento do processo de industrialização do país e as manifestações da “questão social” (MENDES, 2015).

Em 1940 deu-se o segundo ciclo, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde, que entendia o processo saúde-doença como um fenômeno coletivo de saúde que sofre determinações dos indivíduos e, portanto, necessita de uma consciência sanitária da população, trazendo assim diferenciações entre o campo da medicina e da saúde pública, onde a primeira se dava na cura e na clínica e a segunda visava a educação sanitária e a organização administrativa dos serviços (MENDES, 2015).

A partir da metade dos anos 1960 se deu o terceiro ciclo, que se desenvolveu nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original do SESP, incorporando, principalmente, a atenção médica dirigida para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, com os programas de saúde pública (MENDES, 2015).

No ano de 1970 se deu o quarto ciclo, quando houve a emergência internacional da proposta de APS, referendada pela Conferência de Alma Ata em 1978. Primeiramente, se desenvolveu na forma de programas de extensão de cobertura, programas de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura, que se iniciaram a partir de experiências-piloto em universidades e convergiram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que começou pelo Nordeste em 1976 e teve abrangência nacional em 1979 (MENDES, 2015).

Em 1980 se teve o quinto ciclo, concomitantemente a crise da Previdência Social que instituiu as Ações Integradas de Saúde (AIS) levando parte da cultura de atenção médica do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (MENDES, 2015).

Com a instituição do SUS em 1988 ocorreu um sexto ciclo, que concretizou a municipalização das unidades de APS, gerando enorme expansão dos cuidados primários. Em 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) teve o surgimento do sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira, denominando-se ciclo da atenção básica à saúde, vigente atualmente. É a partir deste momento que, pela primeira vez, agregou-se à dimensão quantitativa da expansão da APS à dimensão qualitativa. Foi um ciclo que sofreu influência de modelos de medicina de família e de comunidade, mas que, no entanto, teve raiz mais significativa originada da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (MENDES, 2015).

É desta forma que, ainda sobre esta discussão de ABS, precisa-se refletir sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é colocada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil. Como apontam Rosa e Labate (2005), a ESF tem suas bases ancoradas no Programa Saúde da Família (PSF), que surgiu efetivamente em 1994 como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência à saúde. No entanto, o PSF teve sua gênese a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que tinha como finalidade a contribuição para redução da mortalidade infantil e materna, em especial nas regiões Norte e Nordeste, com cobertura de serviços de saúde para as áreas consideradas mais pobres (ROSA; LABATE, 2005).

A partir do êxito trazido pelo PACS, o PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde sob a necessidade de se ampliar este programa, como também de desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, como possibilitou as experiências da saúde da família em países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra, que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro (ROSA; LABATE, 2005). Para exemplificar, Brasil (2009) demonstra claramente como o PSF foi estabelecido em nosso país:

[...] foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF) que teve como base a experiência cubana de médico de família, implantado no município de Niterói, estado do Rio de Janeiro, com resultados satisfatórios. No PSF a equipe mínima tem a seguinte composição: médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde. Foi inicialmente implantado em 12 municípios, contemplando as cinco regiões do país: no Norte, mais precisamente no Pará, foi selecionado o município de Bragança; no Nordeste, Campina Grande, no estado da Paraíba, Neópolis, em Sergipe e Quixadá, no Ceará. Na Região Centro-Oeste, Goiânia e Planaltina de Goiás; no Sudeste, os

municípios de Juiz de Fora e Além Paraíba, no estado de Minas Gerais e o município de Niterói, no Rio de Janeiro; e, no Sul, Joinvile e Criciúma, em Santa Catarina. A principal missão foi de reorientar o modelo de atenção, colocando a família nas agendas das políticas sociais e vislumbrando a possibilidade de transformação na prática da “porta de entrada” da rede de serviços de saúde (BRASIL, 2009, p. 184-185).

Com os resultados de redução da mortalidade infantil, de aumento da cobertura de aleitamento materno e de cobertura vacinal, entre outros, o PACS foi sendo substituído aos poucos pelo PSF e este se multiplicando, onde das 12 equipes iniciais passou a ter 29.300 equipes em 5.235 municípios do país no ano de 2008, conforme aponta Brasil (2009).

Nas palavras de Rosa e Labate (2005, p. 1030-1031):

O PSF tem como objetivo geral: “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

O crescimento deste programa foi crucial para o entendimento da necessidade de promoção da ABS no Brasil, consolidando então o programa como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e, transformando-o em Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2009).

Seguindo-se, ainda, as contribuições de Rosa e Labate (2005), o PSF como estratégia “possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados” (ROSA; LABATE, 2005, p. 1030). Além disso, como estratégia, visualiza o atendimento do indivíduo e de sua família de maneira contínua e integral, de modo a desenvolver ações que concretizem a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando, então, a prática assistencial, que passa a ter como foco a família e o ambiente físico e social em que esta se encontra. Esta perspectiva deve traduzir-se, assim, em “serviços de saúde mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados” (ROSA; LABATE, 2005, p. 1030).

Neste sentido, compreende-se que a ESF, com atenção centrada na família e na comunidade, pode possibilitar que as equipes de saúde da família tenham uma compreensão mais ampliada do processo saúde/doença da população, bem como

de suas necessidades, pela imprescindibilidade que se tem de entender e perceber a família em seu ambiente físico e social. Por esta perspectiva, é indispensável que as equipes de saúde da família façam intervenções que vão além das práticas curativas e se baseiam em práticas ancoradas na interdisciplinaridade, na intersetorialidade e na participação popular, com vistas a atingir a integralidade, sendo este o princípio do SUS que pressupõe prevenção e promoção na assistência e na recuperação da saúde.

Por este viés da ESF e da integralidade, que compreende a produção social da saúde e anuncia a necessidade de novos conhecimentos e novas práticas sociais de saúde, faz-se necessário ressaltar aqui, também, que no Brasil tem-se uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que considera:

a consolidação da Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e, portanto, aponta ainda que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas (BRASIL, 2012, p. 15).

E, como traz em sua apresentação, ao justificar reformulação desta política para consolidação da ESF, a PNAB além de estabelecer as diretrizes para as ações voltadas à atenção primária à Saúde, também caracteriza a atenção básica como:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2012, p.19)

Anteriormente à atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Ministério da Saúde no ano de 2006 criou a Política Nacional da Atenção Básica, através da portaria GM/MS nº 648.

A PNAB/2006 tinha fundamento dado a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil; dado a então transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional com necessidade de adequação de suas normas; e, dada a necessidade de revisão e adequação das normas nacionais ao desenvolvimento da

atenção básica no Brasil, o objetivo a ser alcançado por esta Política seria a revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes para a Atenção Básica (BRASIL, 2006).

No entanto, dado o desenvolvimento da atenção básica no Brasil e a necessidade de novas estruturações, em 2011 foi aprovada uma nova Política Nacional de Atenção Básica. Esta foi anuída pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 com fins de reestabelecer as normas e diretrizes para a organização da atenção básica no Brasil. Como informa o site da Diretoria de Atenção Básica em sua explicação sobre a PNAB<sup>15</sup>:

A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (eSF), houve a inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e eSF para as Populações Ribeirinhas.[...] A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE) e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de quatro mil polos da Academia da Saúde até 2014. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar. O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da AB e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada.

Conforme aponta a apresentação da nova PNAB, em seu caderno, a aprovação desta política se deu por uma longa luta, como resultado de experiência acumulada de diversos atores que estiveram historicamente envolvidos com o desenvolvimento e consolidação do SUS. Deste modo, a atenção básica é visualizada por esta Política Nacional como a complexidade mais importante da saúde, pela capacidade de estar mais próxima de toda a população. Assim sendo, esta política reconhece que a atenção básica precisa se orientar pelos princípios de universalidade, integralidade da atenção, humanização, equidade, participação social, acessibilidade, vínculo e continuidade do cuidado (BRASIL, 2012).

---

<sup>15</sup> Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

Consequente a esta visão da atenção básica em saúde, a nova PNAB aponta que para a realização das ações de atenção básica nos municípios são necessárias Unidades Básicas de Saúde (UBS) dentro das normas sanitárias, cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente e que disponibilizem infraestrutura e equipes mínimas (BRASIL, 2012).

Assim, como infraestrutura mínima, segundo a PNAB, recomenda-se que sejam disponibilizados:

- 1 Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica;
- 2 Área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros (BRASIL, 2012, p. 35)

Quanto às equipes mínimas, recomenda-se:

- V - Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população;" (BRASIL, 2012, p.37).

Com relação às equipes, a partir de análise da PNAB, argumenta-se que esta política prevê equipes mínimas para o funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde, no entanto, deixa a interpretação de que são mínimas para a abertura do serviço e funcionamento mínimo, pois reconhece que o processo de saúde/doença é um processo social e entende a definição de saúde proposta pelo SUS, assim, legítima que o processo de saúde é construído por relações de trabalho, sociais, culturais e políticas, bem como por relações do homem com a natureza através do meio ambiente, do território que se insere e do espaço geográfico, em tempo histórico. De tal modo, reconhece que na atenção básica de saúde outros profissionais, tais como assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, dentre outros, devem atuar para contribuir com a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, através da prevenção e promoção da saúde, bem como com o processo saúde/doença, com ações que intermedeiem a ampliação do atendimento clínico e

auxiliem no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

Compreende-se, assim, que a partir das reflexões realizadas durante este tópico, com as elucidações de diversos autores, a atenção básica em saúde abrange a promoção e a proteção da saúde, além de diagnósticos, tratamentos e reabilitações. Desta forma, é necessário que desenvolva práticas sanitárias e sociais, através do trabalho em equipe multiprofissional, que não se centre somente no ato médico e áreas da enfermagem, para considerar a totalidade da vida das pessoas e se basear na integralidade como princípio preferencial, além da universalidade, humanização, equidade, vínculo, continuidade de cuidado e participação social.

### **3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DA PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL E DA ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE**

“Mais do que nunca, os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia, das políticas públicas e consubstanciar um trabalho – no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem destes princípios – que questione as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais, já que este macula direitos e conquistas da população defendidos pelo projeto ético-político profissional.”

[Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde]

Como já discutido no Capítulo I deste trabalho, a atuação intersetorial na política de saúde, em situações que transcendem a especificidade do setor saúde, tem efeitos determinantes sobre as condições de saúde/doença e, inclusive, de vida da população. Por assim ser, a Resolução n.º 218 de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministério da Saúde, ressalta a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde e reconhece a substancialidade de ações realizadas por diferentes profissionais de nível superior, afirmando isto como avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção. No contexto deste documento fica reconhecido, então, que o(a) assistente social é um profissional da saúde, como demais outros profissionais.

Após esta Resolução do Ministério da Saúde reconhecendo o(a) assistente social como um profissional da saúde, desde 1999, embasado neste documento, o Conselho Federal de Serviço Social homologa a Resolução n.º 383 de 29 de março de 1999, que também resolve caracterizar o(a) assistente social como profissional da saúde, ressaltando que o(a) assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, portanto, é um profissional que pode estar inserido em diversas áreas, a depender do local onde atua e da natureza de suas funções.

Consonante a isto, é evidente, como se visualizará ao longo deste capítulo, que contemporaneamente, em tempos de desmonte dos direitos sociais pelo neoliberalismo, o estatuto diferenciado do Serviço Social pode contribuir com os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, a partir destas questões, neste capítulo se buscará a discussão sobre a importância da atuação do Serviço Social na área da saúde, ressaltando que para esta profissão a saúde é um espaço sócio-ocupacional historicamente consolidado.

Para tanto, aqui serão traçadas discussões com reflexões embasadas no significado social desta profissão e como ela se configura na divisão social e técnica do trabalho, bem como na trajetória que o Serviço Social percorreu na saúde e as particularidades de atuação do trabalho do(a) assistente social nesta área.

### **3.1 SERVIÇO SOCIAL: PROFISSÃO CIRCUNSCRITA NA DIVISÃO SOCIAL E TÉCNICA DO TRABALHO, COM OBJETO, PROCESSOS DE TRABALHO E SIGNIFICADO SOCIAL**

O Serviço Social é uma profissão de nível superior e regulamentada pela Lei 8.662 de 07 de junho de 1993. Os profissionais que exercem esta profissão são denominados(as) assistentes sociais, que para tornarem-se habilitados ao exercício profissional precisam estar registrados no Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, que os credencia a assumir as competências e atribuições profissionais. Portanto, é uma profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente, tendo sua práxis profissional orientada pela Lei que regulamenta a profissão, o Código do(a) Assistente Social e pelas Diretrizes Curriculares de Formação Superior em Serviço Social.

Além disso, é uma profissão socialmente necessária. Tem gênese na sociedade de produção capitalista, que na sua fase dos monopólios<sup>16</sup> criou condições sócio-históricas para o surgimento de diversas profissões, inclusive o Serviço Social que surgiu com o objetivo de responder aos problemas sociais instalados na sociedade advindos das “perigosas rebeldias” da classe trabalhadora. De tal modo, o Estado promoveu a institucionalização do Serviço Social para o atendimento das mazelas do capital e por pressão da classe trabalhadora, que historicamente coloca em cena sua luta por condições humanas de vida.

Assim, o Serviço Social tem utilidade social, ao responder as demandas sociais dos trabalhadores, por ser uma profissão especializada no trato da “questão social”, ao tê-la como objeto de trabalho. Dessa forma, os(as) assistentes sociais são profissionais requisitados tanto por instituições públicas quanto por instituições

---

<sup>16</sup> Por capitalismo monopolista entende-se uma nova fase do sistema de produção capitalista, que ultrapassa sua característica concorrencial e expressa diversas transformações tanto nas relações sociais quanto nas de produção, por basear-se nos monopólios ao fundir grandes empresas e criar cartéis, com a necessidade de aumentar a taxa de lucro e ter um maior controle sobre as mercadorias. Sobre este assunto, ver mais In: NETTO, José Paulo. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

privadas para atender demandas advindas da “questão social” e dar respostas através de sua intervenção (IAMAMOTO, 2013).

A “questão social” é objeto de trabalho eleito, majoritariamente, pela categoria profissional porque é entendida como expressão das desigualdades sociais constitutivas do capitalismo, com múltiplas manifestações associadas às relações entre as classes sociais que estruturam esse sistema, expressando também resistência e disputa política (YAZBEK, 2009). Netto (2011) demonstra que sua gênese é resultante da acumulação capitalista, que vem da exploração de uma classe pela outra e resulta em um conjunto de problemas econômicos, políticos, sociais, culturais e ideológicos, os quais podem ser notados a partir de suas expressões, como desemprego, fome, doenças, violência, falta de acesso aos bens e serviços sociais, etc. Ou seja, relações complexas deste modo de produção que inviabiliza a participação e/ou acesso total do mundo e do que o compõe. Por assim ser, é produto do sistema capitalista e, portanto, ineliminável e indissociável de seu contexto e relações, sendo impossível de ser suprimida sem a supressão do capital, pois, ao passo que se tem acumulação capitalista, tem-se “questão social”, dado não haver como se acumular sem a produção da “questão social”.

Importa apreender, dessa forma, que esta profissão tem significado social no processo de produção e reprodução das relações sociais, por estar alocada na totalidade de amplas relações que se constituem na sociedade capitalista e, ser uma especialização do trabalho da sociedade, inscrita na divisão social e técnica do trabalho. De tal modo, participa da produção e reprodução da totalidade da vida social, que se expressam não somente no modo de produção, mas em várias dimensões, como no modo de vida da população, do seu cotidiano, valores, práticas culturais e políticas (YAZBEK, 2009).

Para entender que o Serviço Social é uma profissão que tem um significado social, circunscrita da divisão social e técnica do trabalho, que possui processos de trabalho, com objeto, instrumentais e resultado, precisa-se compreender que o Serviço Social é uma profissão histórica, que é um produto histórico, pois como já abordado anteriormente, não está apartada da sociedade capitalista e suas determinações, mas sim é fruto desta (IAMAMOTO, 2013).

O Serviço Social faz parte da divisão social e técnica do trabalho, pois é uma profissão alocada na especialização coletiva do trabalho. A divisão social e técnica do trabalho é compreendida como uma divisão de habilidades para dar respostas às

demandas necessitadas pela sociedade, através de várias especialidades que se transformam em profissão. Assim, o Serviço Social é uma profissão que se organiza para dar respostas às demandas colocadas pelo capital (IAMAMOTO, 2013).

Além disso, possui processos de trabalho como outras, pois em cada espaço sócio-ocupacional o profissional desenvolverá um tipo de trabalho com meios e instrumentos diferentes para responder e alcançar resultados. A atuação profissional é o processo de trabalho na sua totalidade, composto por todos os elementos que o constitui e, desta forma, a atuação profissional vai incidir em uma matéria-prima, através de alguma expressão da “questão social” e terá um resultado objetivo que será atingido através de alguns outros elementos (IAMAMOTO, 2013).

De tal modo, os processos de trabalho do(a) assistente social são compostos por um conjunto de elementos, como o trabalho em si, a ação, a potência; os meios/instrumentais, que podem ser elencados como visita domiciliar, relatórios, pareceres, laudos, estudos sociais, conhecimento (o mais importante), etc., que vão incidir sobre outro elemento, que é a matéria-prima/objeto do Serviço Social, a “questão social”, e suas mais variadas expressões, com as quais o profissional lhe dará no cotidiano de trabalho; e, por fim, o produto, que são os objetivos/resultados a serem alcançados, dado o trabalho ter sempre uma intencionalidade (IAMAMOTO, 2013).

Para que os processos de trabalho do(a) assistente social se concretizem, é necessário, segundo Guerra (2009), demonstrar que esta profissão possui duas dimensões: interventiva e investigativa. Estas, para a autora, compreendem a dialética do modo de ser profissional expresso nas competências e atribuições profissionais. Para o(a) assistente social existe a necessidade de atuar sobre a realidade, através das demandas colocadas pela sociedade e que requerem respostas. No entanto, é esta necessidade que deverá conduzi-lo(a) ao conhecimento desta realidade, pois para intervir e ter procedimentos adequados é preciso conhecer. Assim, as duas dimensões profissionais são indissociáveis, onde a qualidade de uma implica a plena realização da outra, já que no fazer profissional se complementam e se ancoram em um tripé: o arcabouço teórico-metodológico, o posicionamento ético-político e o arsenal técnico-operativo que baliza todas as ações profissionais (GUERRA, 2009).

Este tripé, teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo é essencial para a profissão e é indispensável para qualquer atuação profissional, pois norteia a

operacionalização do trabalho do(a) assistente social a partir das reservas construídas coletivamente pela categoria, possibilitando que o profissional dê as respostas necessárias às demandas colocadas. Este arcabouço está contido no projeto ético-político do Serviço Social, que todo(a) assistente social deve ter como horizonte para o seu exercício profissional, uma vez que este projeto profissional representa a autoimagem da profissão, elege seus valores, princípios e tem objetivos e normas (NETTO, 2009).

Além do mais, o Serviço Social também possui uma função pedagógica, desempenhada pelo(a) assistente social a partir de práticas educativas desenvolvidas na intervenção profissional, onde, através desta, se destacam os processos de mobilização social e organização em diferentes espaços sócio-ocupacionais, pois as práticas educativas desenvolvidas pelos(as) assistentes sociais, a partir do processo de reconceituação/renovação<sup>17</sup> da profissão, voltam-se para o estabelecimento de vínculos com a classe trabalhadora e para assumir compromissos com a perspectiva societária que busca contribuir no processo de emancipação da população (ABREU; CARDOSO, 2009).

A função pedagógica que o(a) assistente social desempenha está articulada à sociabilidade, ou seja, à atividades formadoras de cultura, de um modo de ser, pensar, sentir e agir para se refletir sobre a hegemonia do projeto burguês e a cultura criada por este para manter o seu padrão produtivo e de trabalho. Para tanto, de acordo com Abreu e Cardoso (2009, p. 02):

A mobilização social e a organização, no âmbito do Serviço Social, traduzem modalidades da assimilação/recriação desses processos no movimento da prática profissional e, assim, inscrevem-se no corpo teórico-prático da profissão enquanto elementos constitutivos (não exclusivos) e como condição indispensável para sua concretização na sociedade.

---

<sup>17</sup> O movimento de reconceituação do Serviço Social foi um movimento endógeno e exógeno, uma vez que veio repensar a profissão e alocá-la no interior de elementos sócio-históricos e políticos do continente da América Latina. É um fenômeno tipicamente latino-americano, com o objetivo de contestar e pensar a colonização dos países e seu capitalismo de dependência, romper com o tradicionalismo, ter a preocupação de se pensar de forma politizada e ter um estatuto científico (IAMAMOTO, 2013). De tal modo, não foi um movimento que ocorreu somente no Brasil, mas sim nos países da América Latina. O que ocorre, é que no Brasil foi um movimento que aconteceu com particularidades, inclusive com múltiplos condicionantes ligados à dinâmica e crise da autocracia burguesa, o que levou a ser um processo de renovação da profissão, conforme problematiza Netto, 2011.

Seguindo-se, ainda, as contribuições trazidas por Abreu e Cardoso (2009), para as autoras a função pedagógica desempenhada pelo(a) assistente social tem fundamento básico “na premissa gramsciana de que toda relação de hegemonia<sup>18</sup> é eminentemente pedagógica, mediante a qual fica afirmada a vinculação das práticas educativas à luta pela hegemonia na sociedade, como elemento estratégico [...]” (ABREU; CARDOSO, 2009, p. 03), onde, então, as práticas educativas vão construir junto aos usuários um processo de racionalização sobre a sociedade, a partir de informações sobre interesses econômicos, políticos e ideológicos na formação do modo de vida, as quais podem se associar aos diferentes projetos societários existentes.

Assim, a função pedagógica desempenhada pelos(as) assistentes sociais na sociedade pode pautar-se em ações na defesa de um projeto com estratégias educativas vinculadas a uma perspectiva emancipatória, ligada à construção de uma alternativa societária à ordem do capital. Somente através da classe trabalhadora se tem, como estratégia revolucionária, a redefinição da cultura no projeto societário. O que necessita de uma reforma intelectual para se pensar as estruturas através da totalidade e para construir outra ordem societária que erradique a exploração e se baseie na igualdade (ABREU; CARDOSO, 2009).

Sob esta perspectiva, o desempenho da função pedagógica do(a) assistente social, nos processos de mobilização social e organização, passa a ser um desafio para o profissional, que tem a partir do projeto ético-político profissional o compromisso em associar-se ao projeto societário que busque a emancipação humana, e não a exploração social, para se alcançar a cidadania, a igualdade e a justiça social (ABREU; CARDOSO, 2009).

---

<sup>18</sup> O conceito de hegemonia segundo Gramsci é embasado nas contribuições da teoria marxiana, por o autor ser um grande expoente da tradição marxista. Gramsci apresenta uma noção de hegemonia para se pensar as relações sociais, bem como a estrutura e superestrutura. Assim, poderia ser brevemente caracterizada como um tipo de dominação de uma classe social ou nação sobre as outras, que pode ser consentida e não necessariamente coercitiva. Uma classe detém dominação sobre a outra através da produção de ideologia sobre a organização social, que quanto mais difundida mais sólida torna a hegemonia e menos se tem a necessidade de uso de violência explícita. Segundo Gramsci se obtém consciência crítica através de uma disputa de hegemonias, primeiramente no campo da ética, depois no campo político, que culminará na elaboração de uma concepção do real. Desta forma, sublinha o desenvolvimento político do conceito de hegemonia não apenas como progresso político-prático. Este se dá, também, como “um grande progresso filosófico, já que implica e supõe necessariamente uma unidade intelectual e uma ética adequadas a uma concepção do real que superou o senso comum e tornou-se crítica, mesmo que dentro de limites ainda restritos” (ALVES, 2010, p.75).

Desta forma, a partir da compreensão das contribuições dos autores trabalhados anteriormente, bem como a partir de Yamamoto (2010), o trabalho do(a) assistente social é prático-social, pois rebate socialmente, de forma objetiva e subjetiva, na vida dos sujeitos, na busca pelo alcance do sujeito como cidadão, na contribuição para o alcance da consciência crítica, no fomento e estimulação da classe trabalhadora para a luta por seus direitos. O que ressalta que o trabalho do(a) assistente social não tem somente sentido material, mas tem, também, sentido subjetivo, principalmente na contribuição para o alcance de consciência crítica, para a articulação coletiva, para a mobilização e organização social, elementos que possibilitam com que o usuário, dos serviços no qual atua, avance politicamente no entendimento das relações capitalistas e possa ter subsídios para cobrar seus direitos e ser um cidadão pleno.

### **3.2 SERVIÇO SOCIAL NAS DÉCADAS DE 1980 E 1990: OS ELEMENTOS QUE EMBASARAM A TRAJETÓRIA PECULIAR DESTA PROFISSÃO E TRAÇARAM SEU PERFIL CONTEMPORÂNEO**

O Serviço Social é uma profissão que mundialmente se originou no bojo do capitalismo, para dar respostas às demandas do Estado e da classe burguesa. No Brasil surgiu na década de 1930, com um cunho tradicional e conservador. Contudo, na década de 1980 se redefiniu, quando houve uma ruptura da profissão com o conservadorismo. A profissão passou a ter uma interlocução com a teoria social crítica e a visualizar a necessidade de se modificar. A partir disso, a categoria profissional de Serviço Social passou a trabalhar para atender as demandas da classe trabalhadora e a traçar um novo perfil de atuação profissional com horizontes transformadores (ORTIZ, 2010).

O contexto brasileiro <sup>19</sup> dos anos de 1930 permitiu a emergência no Serviço Social no bojo do movimento de cunho reformista-conservador, com bases muito mais doutrinárias do que científicas. Nesta época, instaurava-se um

---

<sup>19</sup> O Estado brasileiro tinha na Presidência da República Getúlio Vargas, que governou o país entre os períodos de 1930 a 1945 e de 1951 a 1954, constituindo um “Estado Novo”. Foi um contexto de abertura para o desenvolvimento econômico, para a modernização do país e para estabelecimento de novas relações entre a população e o governo. Como já abordado no Capítulo I deste trabalho, o período é conhecido por Ditadura Vargas, já que o presidente aplicou sucessivos golpes para sua manutenção no poder e, embora fosse um contexto com novas características macroeconômicas e socioeconômicas de industrialização, também muito marcado pelo populismo do então presidente ao se denominar “pai de todos”, a conjuntura política era de um Estado autoritário, que traçava tudo aos seus moldes para atingir seus objetivos de modernização (JAMBEIRO, 2004).

redimensionamento do Estado brasileiro, que articulava um conjunto de políticas sociais para promover a reprodução material e ideológica dos trabalhadores. Para tanto, precisava criar condições para a inscrição formal de profissões na divisão social e técnica do trabalho, com perfil para objetivar as soluções das demandas colocadas. Isto possibilitou a criação/gênese do Serviço Social e sua inscrição formal na divisão social e técnica do trabalho, tendo o profissional um perfil “bem educado, de aparência simples e despojada, capaz de adentrar as intimidades privadas de seus “clientes”, com a seriedade e a ternura que fazem dele um “profissional da ajuda”, do “cuidado”, do aconselhamento e da indulgência” (ORTIZ, 2010, p. 22).

Com efeito, Estado e Igreja Católica se articularam em prol do projeto reformista-conservador que tinha por objetivo modernizar o Brasil, capacitá-lo para adentrar o circuito de capitalismo internacional e conter a mobilização e organização política da classe trabalhadora. A conformação destes dois setores dominantes da sociedade, em torno da necessidade de enfrentamento das expressões da “questão social” que obstaculizavam tal projeto, viabilizou a gênese do Serviço Social com tal perfil demonstrado. Assim, durante aproximadamente quatro décadas esta profissão manteve tal perfil de atuação e de autoimagem. Somente a partir de meados da década de 1960, atravessando as décadas de 1970, 1980 e 1990, que o Serviço Social passou por um processo de metamorfose e amadurecimento, o que incidiu sobre o exercício e formação profissional do(a) assistente social, transformando o modo de ser da profissão, suas ações, respostas, formas de entender a realidade e responder as demandas. (ORTIZ, 2010)

A partir das décadas de 1960 e 1970, o Serviço Social deu um salto e adentrou um processo de negação ao tradicionalismo e marcas de sua origem. Para tanto, delineou novos traços de perfil profissional, voltado majoritariamente para os interesses da classe trabalhadora. A nova concepção de profissão nega a prática meramente executiva, burocrática, subalterna e paliativa, que são funcionais à ordem burguesa. Passa a ter uma dimensão crítica da intervenção profissional assentada na defesa intransigente dos direitos (ORTIZ, 2010).

No final da década de 1970 e início de 1980, o Serviço Social passou por um processo de renovação. Netto (2011), em seu livro “Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64”, aborda que a renovação do Serviço Social tem sua causalidade diretamente ligada aos projetos macroscópicos do capital e ao movimento global do ciclo autocrático burguês.

As modificações profundas que se efetivaram na sociedade e a reorganização do Estado durante o ciclo autocrático burguês, conhecido como ditadura militar brasileira, sob o comando do grande capital, deram condições para que emergisse ponderável reformulação no cenário do Serviço Social, fazendo com que dois níveis inerentes à profissão passassem a receber modificações que estariam diretamente ligadas ao seu processo de renovação. Seriam estes: o nível da prática e da formação profissional (NETTO, 2011).

O processo de modernização global, com o desenvolvimento das forças produtivas, aumentou significativamente os espaços sócio-ocupacionais para os(as) assistentes sociais, pelo fato de todo o espaço social brasileiro estar enxertado com todas as expressões da “questão social” e com sua administração centralizada nas políticas sociais do Estado ditatorial. O quadro do modelo econômico da ditadura militar requeria profissionais mais capacitados para executar suas atividades e que, então, contribuíssem com a manutenção da ordem burguesa sob contentamento de todos. Assim, o mercado estava colocando para o profissional um novo padrão para o seu desempenho técnico, que atendesse a racionalidade burocrático-administrativa com postura moderna, revestindo-se de características formais e processuais (NETTO, 2011).

Tais exigências fizeram com que se iniciasse um processo de erosão no Serviço Social tradicional, justamente pela necessidade de dimensionamento teórico-racional que acabava por ter que deixar de lado os comportamentos profissionais mais ligados em supostos humanistas e posturas contrárias às lógicas de programação organizacional. Exigia-se um assistente social “moderno” com procedimentos racionais (NETTO, 2011).

Esta necessidade de um profissional “moderno” implicava, também, em mudança nos mecanismos de formação profissional, com a imprescindibilidade de refuncionalização das agências de formação, rompendo com o confessionalismo, paroquialismo e provincianismo que estavam, historicamente, vinculados ao Serviço Social e seu surgimento. Era preciso, assim, reformulação e expansão do ensino, inserindo este em um âmbito universitário (NETTO, 2011).

Tal medida trouxe grande impacto, vez que a formação profissional passou a ser penetrada pelas exigências e condicionalismos decorrentes da refuncionalização global da universidade pelo regime autocrático burguês e pela novidade acadêmica. Propiciando, também, interação com as disciplinas vinculadas às ciências sociais e

uma precisão de novos quadros docentes que dessem conta das inovações, o que possibilitou uma abertura para a formação de massa crítica, inexistente anteriormente (NETTO, 2011).

Foi neste contexto que se começou a renovação do Serviço Social. Ao se refuncionalizar a prática profissional e redimensionar a formação para ter profissionais aptos a atender às demandas modernizadoras, o regime autocrático burguês deflagrou tendências que continham forças para cancelar sua legitimação. Ao se empenhar para produzir profissionais adequados ao projeto societário e econômico, colocou condições que possibilitaram um direcionamento diverso (NETTO, 2011).

Conforme Netto (2011, p. 131), a renovação da profissão trouxe um conjunto de características novas, que romperam com o tradicionalismo no Serviço Social:

Entendemos por renovação o conjunto de características novas que, no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo da tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se com instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais (NETTO, 2011, p. 131).

Assim, o processo de renovação do Serviço Social trata-se de um processo global, envolvendo a profissão em geral, implicando na construção de um pluralismo profissional e mostrando um avanço com mais consistência à ordenação dos direcionamentos internos e externos profissionais (NETTO, 2011).

Como já citado anteriormente, Iamamoto (2013) aborda que o Serviço Social é um produto histórico, onde não se entende a profissão apartada da sociedade capitalista e suas determinações/relações. E, quando discorre sobre as particularidades da polêmica profissional na década de 1980, que é um período de transição para o Serviço Social renovado, com um novo perfil profissional e social, concorda que são afluentes da complexificação histórica da sociedade e do Estado, advindas da expansão monopolista, trazidas pelas novas condições econômico-políticas postas pela ditadura militar e sua crise. Para a autora, foi só por meio da reconceituação que o Serviço Social passou a ter outras posturas e relações com o Estado e a sociedade civil, rebatendo em outro atendimento à classe trabalhadora (IAMAMOTO, 2013).

A aproximação correta da teoria social crítica no movimento de reconceituação do Serviço Social, proporcionada pelas mudanças na formação profissional, ampliou a visão de mundo, proporcionando aos profissionais outras concepções de sociedade e indivíduo, diferentes das que se tinha no pensamento conservador. Neste contexto, o Serviço Social passou a discutir categorias como Estado, sociedade civil, democracia, movimentos sociais, direitos sociais, trazendo uma mudança no plano de intervenção profissional, de formação e das entidades representativas, dado ser somente a partir da década de 1980 que esta se coloca de maneira cientificamente diferenciada e rompe com o cunho conservador de sua base de conhecimento (IAMAMOTO, 2013).

Neste movimento a profissão toda foi questionada, ao se entender que não pode ser neutra porque possui intencionalidade, possui um diferencial, não é meramente executora e deve se aportar de múltiplos conhecimentos, enxertando-os nos seus processos de trabalho. Isso se fortaleceu porque o Serviço Social até a década de 1970 era eclético<sup>20</sup> e, com as mudanças proporcionadas pelo regime autocrático burguês, através da atuação e formação profissional, possibilitando a apropriação da teoria social crítica, com aproximação direta à fonte, a profissão mudou todo o seu entendimento ideológico, ético-político, e de como se expressa a sociedade, mudando, assim, sua direção social a partir de embasamento crítico (IAMAMOTO, 2013).

Assim, a teoria social crítica constituiu elemento decisivo para o processo de renovação do Serviço Social. A consciência, a partir de desvelamentos sócio-históricos, possibilitou aos(as) assistentes sociais a compreensão de que atuar somente através de um conjunto de conhecimentos e procedimentos de intervenção não é viável. Foi ressaltado que era preciso abarcar as mudanças macrossociais, entender a formação social e econômica do país e ter direcionamento com compromisso político (IAMAMOTO, 2013).

---

<sup>20</sup> O ecletismo dentro do Serviço Social era comum e aceitável até o rompimento da profissão com o conservadorismo. Por ecletismo se entende a junção de diversas teorias para conduzir a formação e atuação profissional, das quais o Serviço Social se apropriou ao longo de sua história, tais como funcionalismo, fenomenologia, positivismo e teoria social crítica. Contemporaneamente se entende e se defende dentro desta profissão o pluralismo, que nada tem a ver com uma miscelânea de conhecimentos e métodos, mas sim o reconhecimento de que há diversos horizontes teórico-metodológicos, cada qual com suas características e peculiaridades, e o respeito por estes, sem, no entanto, utilizar de todos para a condução profissional, dado a categoria ter eleito hegemonicamente em seu projeto ético-político a teoria social crítica como direção teórico-metodológica.

Destarte, o legado do movimento de reconceituação é entendido como uma busca de renovação profissional, com o objetivo de que rompimento com o Serviço Social tradicional. Foi este salto, através de um acúmulo, que mostrou a necessidade de se ter outra base de conhecimentos, de se politizar e não só mudar um conjunto de técnicas e procedimentos de intervenção. Com este movimento e com o alcance da maturidade durante longo processo, o Serviço Social conseguiu fazer uma crítica a si mesmo, à sua prática profissional, à sua participação na sociedade, tendo novos entendimentos e elegendo como público alvo de seu trabalho a classe trabalhadora (IAMAMOTO, 2013).

O distanciamento do ecletismo e do marxismo enviesado, os quais a profissão era muito atrelada até meados da década 1980, oportunizaram a abertura para o pluralismo profissional, tornando possível a constituição de propostas de análise e intervenção novas e mais sólidas (IAMAMOTO, 2013).

O diálogo com a teoria marxiana e sua aproximação correta com a teoria social crítica suscitou o Serviço Social a se renovar e a conseguir ultrapassar da crítica romântica ao capitalismo para uma crítica radical<sup>21</sup>. Isto fez com que a profissão passasse a comungar com as lutas da classe trabalhadora, construindo a partir da década de 1980 uma revisão no seu Código de Ética profissional, um novo currículo de formação ancorado nas bases da teoria social crítica e uma lei de regulamentação da profissão com novas diretrizes (IAMAMOTO, 2013).

Além do mais, na década de 1980 a conjuntura de transição democrática brasileira, com o desfecho da promulgação da Constituição Federal de 1988, também auxiliou no processo de renovação da profissão. Neste período lutava-se

---

<sup>21</sup> A ultrapassagem da crítica romântica para a crítica radical ao capitalista é um marco para o Serviço Social. Significa que a categoria deu um salto em sua maturidade intelectual e passou a se reconhecer de fato enquanto classe trabalhadora. Implica em indagações que ocorreram em seu processo de renovação, tais como “O que determina a necessidade social desta profissão?” “A quem o Serviço Social serve?” “Que leitura o Serviço Social faz da realidade social e como se vê alocado nesta?”. O Serviço Social no início de seu processo de renovação, com as diversas indagações que vinha fazendo, começou a tecer críticas ao capitalismo que podem ser visualizadas como românticas por terem sido superficiais e reformistas. Não implicava em um desvendamento histórico-dialético da sociedade, mas sim em visões reduzidas que não contribuía para ir de encontro à supressão deste sistema. O contato e utilização das obras de Marx possibilitaram uma análise ampla da sociedade capitalista, com suas reais condições de existência, abrindo o entendimento de categorias como trabalho, Estado, sociedade, dentre outras. O que permitiu, então, a gestação de uma crítica radical a este sistema, apreendendo a formação econômico-social capitalista em totalidade concreta e possibilitando também a ultrapassagem do fatalismo e messianismo, ao romper com uma visão determinista da lógica do capital, esvaziada do seu movimento e de sua possibilidade de superação (IAMAMOTO, 2011). Sobre este assunto, ver mais In: IAMAMOTO, Marilda Vilella. Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 216.

por abertura de direitos, principalmente os sociais, no qual muitos expoentes do Serviço Social tiveram importante e expressiva participação (ORTIZ, 2010).

No entanto, ao mesmo tempo em que no Brasil a profissão estava passando por modificações extremamente complexas e importantes, bem como o país vivenciava a abertura democrática e garantia de direitos sociais por parte do Estado, ao nível mundial se tinha uma crise macrossocietária que modificava o mundo do trabalho e rebatia nas profissões e nos trabalhadores (IAMAMOTO, 2013).

Na década de 1970 vivenciamos uma crise que atravessou o mundo, reordenando o grande capital, trazendo novas configurações para o mundo do trabalho, agudizando a “questão social” por ser fruto da relação capital *versus* trabalho, dentre outros aspectos que reconfigurou. Esta se afigurou em uma crise estrutural por trazer colossais e significativas mudanças para a sociedade, que, inclusive, nos impactam até hoje. Além disso, é considerada uma crise estrutural, também, por vir de forma exacerbada, ser diferente das crises cíclicas anteriores e por ser, em sua forma, não somente econômica, mas política, social e cultural. Assim, em seu cerne pode ser considerada uma crise societária, da sociabilidade humana, do ser humano com o gênero humano, que rebateu em todos os locais do planeta, trazendo para a sociedade pobreza extrema e grande desigualdade social (HARVEY, 2006).

Tal crise para ser “inibida” teve como resposta, pelos Organismos Multilaterais Internacionais<sup>22</sup> responsáveis pela economia, o neoliberalismo. Este como um projeto de ajuste estrutural e ideológico, trouxe um conjunto de medidas, a partir do Consenso de Washington<sup>23</sup>, que se espalharam por todo o mundo e apresentaram-se com o desmonte da esfera pública, grande política de privatização,

---

<sup>22</sup> Tais como Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial, entre outros. Organismos Multilaterais Internacionais são entidades supranacionais formadas por vários países, para realizar acordos e atingir objetivos sobre um determinado tema, como comércio, meio ambiente, cultura, cooperação, paz mundial, entre outros. Assim, existem para estabelecer consensos com ações específicas entre as nações, estabelecendo regras gerais para impedir possíveis conflitos.

<sup>23</sup> O Consenso de Washington foi formulado em 1989 por economistas de instituições financeiras situadas em Washington D.C., como Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos (BATISTA, 1995). Este consiste em um conjunto de condicionalidades, aplicadas de forma padronizada aos países, com vistas a obtenção de apoio político e econômico dos governos centrais e organismos internacionais. Se dá através de políticas macroeconômicas de estabilização, que são acompanhadas de reformas estruturais liberalizantes. Assim, implantou um processo de ajuste global na economia mundial, com rearranjo da hierarquia das relações econômicas e políticas internacionais (SOARES, 2001).

aumento do terceiro setor, reordenamento do processo de trabalho, reestruturação produtiva, entre outras (SOARES, 2001).

Esta crise estrutural atingiu todos os locais do mundo, seu impacto na sociedade e as respostas dadas para seu enfrentamento dependia de contextos econômicos, sociais, políticos de cada governo. Assim, o Brasil sofreu seu abaloamento, consequências e respostas mais próximos da década de 1990. Quando já tínhamos saído de um período ditatorial, que deixou o país devastado com uma miséria extrema, aumento das expressões da “questão social” e com grandes dívidas externas que ocasionaram forte impacto na inflação e na vida da população. Como, também, quando já estávamos em um período democrático, de reconhecimento dos direitos sociais, do imputamento dos papéis do Estado e com a esperança de mudanças para uma vida com mais possibilidades de cidadania, fora da pobreza extrema, com menos desigualdades sociais e mais direitos (IAMAMOTO, 2013).

O neoliberalismo e sua ideologia adentraram o Brasil em 1991, com o governo de Fernando Collor de Mello, onde este compactuou com os Organismos Multilaterais Internacionais para aceitar as medidas propostas pelo Consenso de Washington. Mas, é exatamente no governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir de 1994, que ocorreram, explicitamente, os grandes impactos das mudanças macrossocietárias ocasionadas pela crise da década de 1970 no Brasil, com a promoção no país da Reforma do Estado,<sup>24</sup> substituindo o direito público pelo privado e trazendo a agudização dos problemas sociais com a abertura para o reordenamento dos papéis do Estado, que passa a ser o mínimo para o social e amplo para atender à economia e, respectivamente, o mercado. (SOARES, 2001)

Além disso, a partir da década de 1970, começou a se ter uma grande mudança no mercado e no padrão de produção, ocasionando um forte agravamento

---

<sup>24</sup> A Reforma do Estado trata, sobretudo, de privatizações e reforma administrativa. Dá-se a partir de reformulação do aparelho estatal enquanto resposta à economia, sob o discurso de tornar os setores públicos eficazes, meritocráticos e impessoais. Em 1995, no Governo de Fernando Henrique Cardoso, com vistas a liberar a economia para uma nova etapa do crescimento, se teve no Brasil a reforma gerencial do Estado, sob o comando do ministro Luiz Carlos Bresser-Pereira, responsável pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Para tanto, a reforma buscou delimitar o tamanho do Estado, redefinir seu papel regulador, e alcançar a governança e governabilidade, que seria a capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo, e a capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar, respectivamente, o que visivelmente torna o Estado mínimo para o os setores sociais e amplo para os interesses econômicos (CARINHATO, 2008).

nas relações de trabalho com a flexibilização dos processos de trabalho e com a entrada da tecnologia robótica cada vez maior nas produções. Isto se refletiu em enxugamento das empresas e, conseqüentemente, na precarização dos trabalhadores, com a desregulamentação dos direitos trabalhistas, os subcontratos e a informalização na contratação de trabalhadores, a terceirização, os salários baixos, fazendo com que os trabalhadores tivessem que se adaptar a tudo e se tornassem polivalentes, abrindo margem para exercerem várias funções, porém, continuando a receber os mesmos salários. No mais, esta grande mudança, de características econômica, política e social, expulsou grande parte da população de seus postos de trabalho, ocasionando grande desemprego estrutural, com numerosa população sobrando no exército industrial de reserva e com imenso agravamento das expressões da “questão social” (IAMAMOTO, 2013).

Para o Brasil este cenário foi muito devastador, vez este ser um país em desenvolvimento, de capital periférico e, já na sua trajetória histórica, ter um quadro de precarização das relações de trabalho, com trabalho escravo, infantil, informal, baixos salários e o desemprego, que só se intensificaram. Assim, as novas medidas neoliberais, juntamente com a reestruturação produtiva na forma de produzir, gerar e organizar as mercadorias, sustentada pelo padrão acumulação flexível, que passou a exigir também um trabalhador flexível e polivalente, aumentaram, significativamente, as desigualdades sociais e trouxeram graves e diretas conseqüências para a vida da classe trabalhadora (IAMAMOTO, 2013; HARVEY, 2006).

A década de 1990 apresentava uma conjuntura peculiar, mostrando-se desafiadora por trazer tantas mudanças macrossocietárias, principalmente no objeto de trabalho do(a) assistente social, a “questão social”, vez que suas expressões se apresentavam com uma nova roupagem e de forma multifacetada. Por conseguinte, esta era uma questão que precisava ser entendida ao nível mundial, regional e municipal, como também incitava maior qualificação dos profissionais de todas as áreas inscritas na divisão social e técnica do trabalho para seus atendimentos. Sobretudo do Serviço Social, que justamente nesta década a elegeu como objeto de trabalho e precisava, então, se qualificar, munindo-se da história, que naquele momento era essencial na intervenção, para entender aquilo que os usuários dos seus serviços prestados estavam lhe apresentando (IAMAMOTO, 2013).

Os rebatimentos desta conjuntura repercutiam diretamente no trabalho do(a) assistente social devido ao Estado passar a assumir um papel de mínimo para o social e repassar para o mercado e para a sociedade civil a responsabilidade deste atendimento, fazendo a filantropização dos serviços sociais e do que é de direito, como também por ter aberto às portas do país para as medidas neoliberais que causaram grande desemprego estrutural, grave precarização do trabalhador, agudização da “questão social”, acirramento da desigualdade social, dentre outros profundos problemas que impactaram na vida da população, na sua sociabilidade e na sua sobrevivência (IAMAMOTO, 2013).

Não de forma diferente, a reconfiguração do mercado de trabalho também atingiu os(as) assistentes sociais, com fortes rebatimentos das condições precárias do mundo do trabalho a partir das terceirizações, das subcontratações dos contratos temporários, dos salários baixos, que estavam atingindo a todos os trabalhadores (IAMAMOTO, 2013).

Os(as) assistentes sociais que tinham o mercado de trabalho em grande parte estatal, também tiveram uma grande redução dos seus postos de trabalho, devido à privatização das empresas estatais, a ampliação do setor privado e, conseqüentemente, a terceirização, a subcontratação, a ampliação de contratos de trabalho temporários e o desemprego. Com o desmonte no mundo do trabalho, estes profissionais tiveram uma condição imposta, a qual fazia com que assumissem multi-tarefas e ocupassem outros espaços para não perderem seus campos de trabalho. Com o desmonte na esfera pública, os profissionais tiveram diretamente afetadas as suas condições de trabalho, pois, por ter o Estado como seu maior empregador, com a falta de concursos públicos, a diminuição dos postos de trabalho e o desemprego, passaram a ser mais absorvidos pelas empresas privadas e, principalmente, pelas ONGs, que tiveram um aumento significativo a partir do repasse do papel do Estado para a sociedade civil, cabendo, então, na prestação de seu trabalho, somente o atendimento dos mais pobres e excluídos, refletindo na qualidade dos serviços prestados e nos atendimentos feitos. Além disso, também, com a privatização dos serviços públicos e a enorme precarização dos campos de trabalho, o profissional passou a ser absorvido por diversos espaços sócio-ocupacionais, como a área de recursos humanos e assessoria gerencial, a área da saúde, a gestão social pública, a educação, entre outros (IAMAMOTO, 2013).

Isto se deu pelo fato do(a) assistente social também ser um trabalhador assalariado, com profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, e que também precisou responder de outras maneiras ao que este mercado de trabalho estava requisitando, precisando se qualificar e assumir outra postura. No entanto, com a maturação profissional, como também ancorado pelo projeto ético-político da profissão em construção, o(a) assistente social não assumiu postura de polivalente, como outros profissionais estavam sendo obrigados a assumir e acabaram fazendo por conta das demandas do mercado e da reestruturação produtiva. Naquele momento de tantos desafios, o Serviço Social fez um caminho de contrafluxo e os(as) assistentes sociais assumiram uma postura de atender com qualificação o que estava se apresentando naquele momento (IAMAMOTO, 2013).

Foi neste momento de adversidades que foram construídas as Diretrizes Curriculares de 1996. O vislumbre era formar profissionais que pudessem ter uma leitura do real para além do mercado de trabalho, com uma proposta “ousada” para se entender o conjunto de transformações que se vivenciava, com uma direção social sustentada pela teoria social crítica. Compreendia-se que nesta “nova natureza” do trabalho profissional era preciso a captação do que molda os processos sociais e suas expressões nos diversos campos em que se inscreve o Serviço Social (IAMAMOTO, 2013).

Assim, o entendimento que passou a ser expressivo é a do(a) assistente social através das suas competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, conseguir entender a totalidade dos processos e, para, além disso, conseguir decifrar a particularidade e a singularidade de cada indivíduo. É preciso que em seu espaço sócio-ocupacional o(a) assistente social interprete de forma crítica seu contexto, entenda a conjuntura na qual está inserido, que tenha clareza da instituição pela qual está empregado, das correlações de força que a compõe, para que sua atuação consiga ser estratégica e atenda a demanda apresentada pelos usuários, mas, que também dê a visibilidade que de algum modo corresponde aos serviços que lhe são atribuídos pela instituição (IAMAMOTO, 2013).

Deste modo, a profissão de Serviço Social, através dos profissionais e de suas entidades representativas, como conjunto CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO, após o processo de renovação e maturação, entendeu que esta profissão precisava ter uma postura diferenciada ao que o poder hegemônico engendrava na sociedade em detrimento da classe trabalhadora. Isto possibilitou que esta profissão

se enxergasse, se questionasse e se reconfigurasse diante de seu legado. Naquele momento, como nos dias atuais, entendeu-se que o profissional não poderia aceitar as exigências do mercado de trabalho, de adequar-se e ser polivalente, era preciso criar estratégias, munindo-se da história e de conhecimentos amparados cada vez mais pela teoria social crítica, para dar respostas diversificadas ao que se apresentava. Neste sentido, compreendeu-se a necessidade de um profissional crítico, propositivo, investigativo, reflexivo e criativo na sua intervenção profissional, o perfil tal qual a profissão apresenta hoje (IAMAMOTO, 2013).

A competência profissional do(a) assistente social abrange, para além da intervenção, o pensar, o planejar, o avaliar e não só o executar. A categoria profissional reconhece a necessidade dos profissionais estarem fortalecidos pelo conhecimento da realidade, da história e de teorias, para entender as relações de exploração de uma classe em detrimento da outra; para a compreensão de todo o processo de agudização da “questão social” e de tantas outras questões que impactam na realidade social, na vida das pessoas, como, também, diretamente no trabalho do(a) assistente social; e, para se decifrar a conjuntura e atuar nela. (IAMAMOTO, 2013)

Para tanto, o Serviço Social tem em vigor e em contínua construção, um projeto ético-político profissional (PEP), o qual hegemonicamente se consolidou na década de 1990. O PEP não é um documento que o (a) assistente social acessa e segue, porém é um projeto profissional composto pela Lei que Regulamenta a Profissão (Lei 8662 de 07 de junho de 1993), pelo Código de Ética do/a Assistente Social de 1993 e pelas Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social, de 1996. Assim, constitui-se um marco legal, que sustenta e dá diretrizes para um perfil profissional ancorado em um projeto carregado de valores, princípios e com objetivo.

Sobre o PEP, Netto (2009) traça uma importante contribuição para que entendamos suas bases e seu direcionamento. Este autor versa que tal projeto tem alicerces no movimento de reconceituação do Serviço Social e na redemocratização que o Brasil viveu na década de 1980. Assim, o enfrentamento e denúncia ao conservadorismo, através de críticas e renúncia da profissão, constituem raízes para este projeto profissional.

O projeto profissional do Serviço Social veio na contra corrente ideológica do neoliberalismo. Em sua construção, a Lei que regulamenta a profissão foi revisada e apresentou-se em 1993 com outras propostas; o Código de Ética Profissional

também foi revisado e a versão de 1993 traz princípios como a liberdade, justiça e democracia como valores fundamentais na luta por uma nova ordem societária, que devem ser defendidos por toda a categoria profissional; e, as Diretrizes Curriculares para Formação Profissional em Serviço Social também foram revisadas, onde na versão de 1996 a categoria profissional se mostrou com grande competência crítica ao eleger como objeto de trabalho do(a) assistente social a “questão social” e discutir a centralidade da categoria trabalho (TEIXEIRA; BRAZ, 2009)

Desta forma, o PEP reflete a autoimagem da profissão, com seus valores, objetivos e funções, requisitos teóricos, práticos e institucionais para o exercício profissional, normas para o comportamento dos profissionais e bases para as relações dos profissionais com os usuários de seus serviços, com a outras profissões, bem como com as organizações e instituições. Além disso, possui dimensões políticas, que são necessárias e imprescindíveis para que os profissionais tenham posicionamento. Tem por orientação a análise do movimento social e o estabelecimento de relações e alianças com outros profissionais e segmentos sociais vinculados ao projeto societário defendido. Supõe um pacto entre a coletividade com a qual pactua sobre seus aspectos imperativos (jurídico-estatal) e indicativos (perspectivas sem consenso). E, portanto, possui como componentes uma fundamentação de valores de natureza ética (que atravessa toda a profissão, não sendo elemento particular do projeto) e elementos éticos (que não se limitam a normativas morais e/ou prescrição de direitos e deveres, são elementos que se combinam com uma direção político-profissional com opções teóricas, ideológicas e políticas dos profissionais) (NETTO, 2009).

No Serviço Social temos um projeto profissional hegemônico, que se vincula a um projeto societário antagônico ao da classe dominante e exploradora, e que se fortaleceu a partir da maturação da profissão, da crescente participação em espaços de discussão profissional e, a partir, do movimento democrático do Brasil, remando contra a corrente dominante e contra a conjuntura neoliberal. Nas palavras de Netto (2009, p. 155):

Esquemáticamente, este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem

exploração/dominação de classe, etnia e gênero. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional.

Além do mais, este projeto se posiciona em prol da equidade e justiça social; visa a universalização do acesso a bens e serviços inerentes às políticas e programas sociais; alude a ampliação e consolidação da cidadania para garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras; declara-se radicalmente democrático, reconhecendo a democratização como socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; intenta a competência profissional, através do aperfeiçoamento intelectual, com formação acadêmica qualificada fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, que viabilizem análise concreta da realidade social e estimule constante preocupação investigativa; privilegia uma relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos(as) assistentes sociais que tenha compromisso com a qualidade dos serviços prestados, publicize os recursos institucionais e traga a população para a participação nas tomadas de decisões; e, expressa nitidamente a necessidade dos(as) assistentes sociais se articularem com outras categorias profissionais e movimentos sociais que compartilhem e se solidarizem com a luta dos trabalhadores (NETTO, 2009).

Desta forma, ao longo das explanações aqui apresentadas, compreende-se que os(as) assistentes sociais são profissionais dotados de formação intelectual crítica, de caráter interventivo e investigativo, e que se utiliza de conhecimento científico das Ciências Humanas e Sociais, bem como de instrumentais técnicos, para a análise e intervenção de situações colocadas, a partir de demandas, da realidade social. De tal modo, o perfil profissional do Serviço Social rompeu com o conservadorismo e nada mais tem a ver com a ajuda, cuidado e indulgência, do mesmo modo quando de sua gênese. O perfil que se requer do (a) assistente social contemporaneamente é um profissional crítico, questionador, propositivo e criativo, que atua a partir das diversas expressões da “questão social” numa perspectiva de luta e defesa dos direitos sociais para e com os trabalhadores.

O que nos traz a necessidade, a partir do objeto deste trabalho, de entender como o Serviço Social se vinculou à política de saúde no decorrer da história e como se vincula nos dias de hoje, dado este também ser um espaço de atuação

profissional que requer luta e defesa de direitos. Assim, nos próximos itens deste Capítulo, segue-se a discussão acerca deste tema.

### **3.3 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: PARTICULARIDADES HISTÓRICAS E ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

De acordo com Matos (2009) e Bravo e Matos (2009), a saúde constituiu-se historicamente como o maior campo de trabalho dos/das assistentes sociais.

[...] o Serviço Social é no âmbito do SUS a quarta categoria profissional em termos numéricos. Como somos sabedores que empregador nenhum contrata algum serviço que não tenha utilidade, existe aí uma questão. Uma vez que os dados confirmam que o Serviço Social possui claramente uma função na divisão social e técnica do trabalho na saúde (MATOS, 2009, p. 58)

Na política de saúde o Serviço Social construiu, ao longo da história, uma atuação de articulação e sintonia com os princípios de diretrizes do Sistema Único de Saúde. Através do projeto ético-político da profissão conseguimos ter como horizonte que qualquer profissional da área da saúde que faça defesa de um projeto societário igualitário e justo, pautado na emancipação e liberdade dos sujeitos, deve lutar pelo Projeto de Reforma Sanitária, para a real efetivação do SUS. Para tanto, nesta política o exercício profissional deve voltar-se majoritariamente para o atendimento direto aos usuários, a fim de problematizar suas demandas, conhecer suas condições de vida e trabalho, os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, e facilitar seu acesso aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços, bem como aos direitos sociais; para a discussão sobre mobilização e participação do controle social com a comunidade; para o planejamento, gestão e assessoria nos diversos âmbitos da política; e para, a investigação, qualificação e formação profissional (CFESS, 2013).

No entanto, conforme Bravo (1996), a aproximação dos(as) assistentes sociais com o Projeto de Reforma Sanitária se deu de modo tardio, visto que no período de construção de tal projeto os profissionais estavam centrados no debate interno da profissão, buscando sua consolidação e rompimento com o conservadorismo. Foram as profundas modificações conjunturais, na profissão e na política de saúde, no pós-64, que rebateram na atuação profissional na saúde,

expressando, assim, um exercício crítico que media a materialização do direito à saúde.

De acordo com Sodré (2010, p. 454):

Temos há muito tempo acúmulo nas discussões produzidas para a saúde pública através das ferramentas que o Serviço Social, juntamente com outros profissionais, desenvolveu e aprimorou ao longo da reforma sanitária e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-as coletivas. Do conhecimento acumulado nas lutas sociais, o assistente social contribuiu para a politização do campo da saúde. Inseriu o debate sobre os determinantes sociais de forma definitiva e ainda hoje se insere nas frentes de trabalho para demarcar um posicionamento macropolítico que luta por um SUS menos biomédico nas suas mais diversas redes de serviços e especialidades.

Com relação à proximidade do Serviço Social com o Projeto de Reforma Sanitária, que na área da saúde imprime à profissão uma atuação de defesa do SUS, Miotto e Nogueira (2009), contributivamente, sinalizam que mesmo que tenha ocorrido tardiamente “seu ingresso encontra um campo teórico e político afinado com os ideais críticos e princípios éticos defendidos pela categoria profissional e a leitura mais acurada do pensamento de Marx.” (MIOTTO; NOGUEIRA, 2009).

No Brasil a ação profissional do(a) assistente social na área da saúde ocorreu desde o surgimento da profissão, na década de 1930. Contudo, neste período não foi a área onde se teve a maior concentração de profissionais. Fato que só passou a ter mudanças a partir de 1945, quando se teve no país a expansão do Serviço Social ligada às exigências e necessidades de expansão do capitalismo e ao cenário internacional, com o final da segunda Guerra Mundial (BRAVO; MATOS, 2009).

Nesta conjuntura mundial e com a expansão da profissão, a saúde passou a ser o setor que mais foi absorvendo a mão de obra do(a) assistente social. Em 1948, com um novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apontou-se um enfoque para os aspectos biopsicossociais, demandando a atuação de outros profissionais que não fossem das áreas biomédicas. Neste contexto, as atividades desempenhadas na área da saúde pelos(as) assistentes sociais, segundo Bravo e Matos (2009), tinham características de tarefa educativa com vistas a intervir de maneira normativa do modo de vida das pessoas a partir de seus hábitos de higiene e saúde.

Com relação ao surgimento da profissão até a década de 1940 e suas atividades desempenhadas na área da saúde, as palavras de Matos (2009, p. 53) são copiosamente ilustrativas:

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o Assistente Social foi identificado, em conjunto com outros profissionais, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor do trabalho era a figura do médico. Daí, muito ter se usado na época a categoria de 'paramédico' para os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente não se tinha um objetivo próprio, para os 'paramédicos', ficando a sua atuação para aquilo que o profissional da medicina delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer. Contudo, estamos nos referindo à uma época específica, década de quarenta, quando o serviço de saúde estava sendo construído no país e o campo do conhecimento das outras áreas também se pautavam em pressupostos positivistas.

Na década de 1950 tínhamos no país a marca do desenvolvimentismo e os (as) assistentes sociais mantiveram suas ações centradas em hospitais e ambulatórios, voltando-se, assim, para o cunho curativo (BRAVO; MATOS, 2009). Nestes tempos, os(as) assistentes sociais trabalhavam a partir da política desenvolvimentista com adoção do planejamento tecnocrático, “e entendendo o trabalho com comunidade como mais um processo específico: o Serviço Social de Comunidade” (MATOS, 2009, p. 54). Contudo, o Serviço Social de Comunidade não teve uma interlocução na saúde, pois naquela época a compreensão era de atuação limitada para os serviços de saúde (MATOS, 2009). De modo que o Serviço Social médico, denominação utilizada no período, executava prioritariamente o Serviço Social de Casos, não atuando com os procedimentos e técnicas do Desenvolvimento de Comunidade, de acordo com orientação da Associação Americana de Hospitais e Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais, onde “a participação só era visualizada na dimensão individual, ou seja, o engajamento do “cliente no tratamento”” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 04).

As décadas de 1960, 1970 e 1980 trouxeram aspectos significativos para a profissão. Como já trabalhado anteriormente neste Capítulo, através de Netto (2011), foi no bojo da autocracia burguesa, conhecida como Ditadura Militar, que o Serviço Social brasileiro passou por uma renovação significativa. A autocracia burguesa trouxe alterações expressivas para a profissão, alterando as condições de seu exercício profissional e redimensionando a formação dos quadros técnicos. Isto

possibilitou que a profissão se centrasse em um debate interior, questionando a ela própria e seu inerente conservadorismo. Assim, de acordo com Matos (2009, p. 54), “este processo foi extremamente rico, mas se deu de forma paralela ao movimento da reforma sanitária brasileira que reunia profissionais da saúde e militantes, com vista a alterar o modelo médico-assistencial privatista”.

Valendo ressaltar, como aponta Kruger (2010), que embora sejam movimentos que tenham ocorrido de maneira paralela, não se anulavam e nem estavam isolados:

O movimento de renovação do Serviço Social aconteceu em paralelo ao da saúde coletiva, com o Movimento de Reforma Sanitária, inclusive coincidindo em algumas categorias teóricas o debate: Estado, direitos sociais, prática institucional e políticas públicas. De outro modo, esta renovação tanto no Serviço Social quanto na saúde aconteceram em meio ao movimento de redemocratização da sociedade brasileira e de renovação das próprias Ciências Sociais, portanto, não se caracterizam como movimentos isolados (KRUGER, 2010, p. 127).

Entre as décadas de 1960 e 1970, através das perspectivas modernizadoras que incidiram sobre as políticas sociais, o Serviço Social na saúde continuou a executar práticas curativas, especialmente na assistência médica previdenciária, que se caracterizava como maior empregadora dos profissionais, realizando, assim, um padrão técnico de intervenção ancorado em burocratização de atividades, psicologização das relações sociais e concessão de benefícios (BRAVO; MATOS, 2009).

De acordo com Bravo (1996), nesta época, o mercado de trabalho para os (as) assistentes sociais foi ampliado apenas para o enfoque na saúde individual e não na saúde coletiva, já que a incumbência da saúde era da previdência social. No entanto, em 1961 no II Congresso Brasileiro de Serviço Social, através do grupo de estudo sobre o Serviço Social na área da saúde, teve-se como aspecto inovador o estímulo às abordagens grupal e comunitária, com a sinalização de se focar em saúde pública com proteção, prevenção e recuperação da saúde. Entretanto, foi o que o mercado de trabalho negava.

Em 1972, com a finalidade de definir a política de ação do(a) assistente social a partir da previdência social, foi aprovado o Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência, caracterizando o Serviço Social como uma das atividades-fim da instituição. A meta colocada para os profissionais era de “mobilizar as

capacidades próprias dos indivíduos, grupos e comunidades, com vistas à integração psicossocial dos beneficiários” (BRAVO, 1996, p.92), onde a atuação deveria ser junto aos beneficiários através de programas diretos, administrativos, de planejamento e voltados para políticas sociais com enfoque na saúde, no trabalho e previdência (BRAVO, 1996)

Deste modo, a partir de tal Plano, na área da saúde tinha-se enfoque nas ações de:

Recuperação de segurados incapacitados, focalizando os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico e na manutenção de benefícios; atuação integrada na clínica pediátrica, centrada nos fatores psicológicos, sociais e econômicos responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade infantil; no sistema de proteção e recuperação da saúde, incidindo sobre os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico (BRAVO, 1996, p.92)

A década de 1980 foi fundamental para o Serviço Social, onde se tem o marco do início de sua maturidade e interlocução com a teoria marxista. Fazendo com que a profissão crescesse em direção à busca de outro tipo de intervenção, reconhecendo, ainda, a indissociabilidade com a dimensão investigativa. Além disso, esta foi uma década de grande mobilização política da sociedade, enfrentando o governo ditatorial e clamando pela democratização do país. Concomitantemente a estes movimentos, tinha-se o fortalecimento do movimento sanitário e em cena o Projeto de Reforma Sanitária, que tinham centralidade na construção do Sistema Único de Saúde. Elementos que foram primordiais para avançar na elaboração de propostas que fortaleciam o setor público em detrimento ao privilegiamento do setor privado. Neste tocante, tivemos como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição Federal de 1988, que institui a Seguridade Social através das políticas de assistência social, saúde e previdência social, bem como garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado, possibilitando a constituição de um sistema único para esta política (BRAVO; MATOS, 2009).

Evidentemente o Serviço Social estava sendo partícipe desta conjuntura. No entanto, como estava passando por um processo de renovação, que buscava o rompimento com o tradicionalismo, estava centrado em um debate interno trazendo a limitação de interlocução direta com outros debates, como o movimento pela reforma sanitária. Assim, na década de 1980 a relação do Serviço Social com o Movimento de Reforma Sanitária ainda era muito distante, embora tenha havido algumas mudanças no trabalho profissional do(a) assistente social na área da

saúde, que pode ser analisado como influência da renovação da profissão e do Movimento de Reforma Sanitária, tão evidente neste período. Nas palavras de Bravo e Matos (2009, p. 204):

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde.

De acordo com Matos (2009), somente a partir dos anos de 1990 que se teve uma incorporação dos princípios da Reforma Sanitária pelos (as) assistentes sociais, indicando um grande salto da década de 1980 para a década de 1990. A partir do SUS, os (as) assistentes sociais passaram a verbalizar compromisso com os direitos da população usuária e com o fortalecimento deste sistema único.

Desta forma, se faz necessário uma discussão especial sobre este assunto, que nos leve a reflexões de como o Serviço Social vem se colocando na área da saúde a partir do SUS, ponderando sobre como vem sendo o diálogo dos profissionais e a atuação profissional defendida. De tal modo, nos ateremos, a seguir, em um tópico exclusivo para debater este assunto.

### **3.3.1 A Atuação do(a) Assistente Social na Saúde a partir da Constituição do Sistema Único de Saúde**

Como já sinalizado no preâmbulo deste Capítulo, a partir do Sistema Único de Saúde o Serviço Social está no rol das profissões da área de saúde e seu exercício profissional nesta área é reconhecido e visualizado como de grande relevância. O que também ampliou a sua visibilidade no campo das ciências sociais em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Para Mioto e Nogueira (2009), a partir da construção do modelo de atenção à saúde engendrado pelo movimento sanitário, que se pauta em uma concepção ampliada de saúde e de determinação social como estruturante do processo saúde/doença, abriu-se uma possibilidade de ampliação do espaço sócio-

ocupacional da saúde para o Serviço Social, além de possibilitar a resignificação das competências e ações profissionais desempenhadas pela profissão ao longo da história.

As ações profissionais que durante muito tempo foram construídas e foram sendo executadas a partir da hegemonia médica, puderam ser resignificadas subsequentemente ao processo de maturação da profissão, que hegemonicamente mudou o seu entendimento para com ela mesmo e para com a direção do seu exercício profissional, bem como a partir do ganho do Projeto de Reforma Sanitária, que trouxe uma concepção ampliada de saúde, com um novo modelo de atenção, e um movimento de reorganização e atualização das práticas em saúde. Atualmente, tem-se o entendimento de que na área da saúde o(a) assistente social atua para além do sofrimento físico e psíquico. O exercício profissional deve centrar-se no desvelar e enfrentar das diferentes expressões da “questão social” que podem determinar as condições de vida e níveis de saúde da população. Neste sentido, as ações devem ser coerentes com a realidade social em que os sujeitos demandantes de suas respostas profissionais estão alocados e devem voltar-se, prioritariamente, para a mobilização social e fomento do controle social; devem problematizar sobre a prevenção de doenças, redução de danos, agravos e riscos; e, devem estimular a promoção, proteção e a recuperação da saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009; CFESS, 2013).

Para Vasconcelos (2011), os(as) assistentes sociais que atuam na política de saúde devem trabalhar em direção aos interesses e necessidades dos usuários, ponderando no cotidiano profissional, em conjunto com eles, suas vivências e histórias de vida para problematizar de que maneira a saúde se materializa para tais sujeitos de modo a projetar o acesso aos seus direitos. É somente a partir de uma visão da totalidade, tendo como interlocutores os aspectos sócio-econômico-culturais para viabilizarem esta visão, que se pode prestar serviços que vão de encontro às reais demandas e necessidades apresentadas, bem como que reconheça os direitos do cidadão usuário e se crie mecanismos para a sua efetivação. É necessário “captar o que há de social relacionado à questão da saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual para resolver problemas emergenciais e da “doação” de educação básica em saúde, mínima para sobrevivência” (VASCONCELOS, 2011, p. 450). O que requer, ainda, a articulação da política de saúde com as demais políticas setoriais, de modo a assumir que o

conceito ampliado de saúde tem dimensão social, econômica e cultural, pautando-se para além da ausência de doenças e ancorando-se em acesso ao trabalho, moradia, saneamento, educação, lazer, entre outros.

Assim, na saúde toda atuação profissional deve ser delineada a partir da prestação de serviços de qualidade e humanizados, que reconheçam o usuário como cidadão e concentre-se na perspectiva de garantia do direito à saúde. É necessário nesta atuação, além do mais, a socialização de informações, a busca de desburocratização dos serviços e rotinas e a ampliação de espaços que discutam com a comunidade, os serviços, a gestão e o controle social. É preciso que o (a)s assistentes sociais se apropriem de referencial teórico, ético e político para poder criar condições de prever, projetar e realizar um trabalho que rompa com práticas que vão de encontro ao conservadorismo e dominação (VASCONCELOS, 2011).

Conforme Mito e Nogueira (2009), o novo paradigma de saúde que temos hoje e que vem sendo construído ao longo das décadas, com bases sólidas, a partir da década de 1980, “vai permitir aos assistentes sociais encaminharem suas ações de forma a tencionar a política social vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético-político da profissão” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 222). As autoras ainda ressaltam que, desta forma, a atuação profissional deve ser ampliada, “as competências e ações profissionais no escopo da universalidade, integralidade e equidade em saúde não pode ficar circunscrito às demandas postas pela política governamental nos termos de suas prescrições e normas” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 222), estas precisam problematizar o objeto no qual incide a sua intervenção para ir de encontro às necessidades e demandas trazidas pela população, bem como para buscar o fortalecimento das dimensões política, teórica e operativa do Projeto de Reforma Sanitária.

Assim, a compreensão que se tem a partir do Sistema Único de Saúde é que cabe ao Serviço Social a formulação de estratégias para reforçar e criar experiências dentro dos serviços de saúde que efetivem e enfatizem o direito social à saúde, dado que o norte do projeto ético-político da profissão está totalmente articulado com o Projeto de Reforma Sanitária em suas perspectivas (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Segundo Bravo e Matos (2009), em uma análise de como o Serviço Social se aproximou deste salto que a política de saúde adquiriu com os processos engendrados pelo movimento sanitário, já no início dos anos 1990, esta foi uma

proximidade ainda muito exígua, que só se modificou com o passar do tempo, já com a maturação da profissão bem avançada. Para os autores esta profissão muda completamente a produção de conhecimentos e estratégias de atuação na área da saúde no final dos anos de 1990, tendo significativos avanços na dimensão acadêmica, política e do trabalho profissional nas instituições.

Para os autores, na dimensão acadêmica a referência foi a dissertação de mestrado de Matos (2000 apud BRAVO; MATOS, 2009, p. 11) que buscou identificar a influência do projeto de reforma sanitária e do projeto ético-político profissional no trabalho dos(as) assistentes sociais da saúde, apreendendo a reflexão escrita através de artigos publicados na revista Serviço Social e Sociedade e através das comunicações apresentadas nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais. Através da pesquisa foi possível a constatação de que o debate da saúde dentro do Serviço Social tem como referência o projeto de reforma sanitária e o projeto ético-político profissional (BRAVO; MATOS, 2009).

Na dimensão política se teve como referência o resgate da dissertação de mestrado de Souza (2001 apud BRAVO; MATOS, 2009, p. 12), que possibilitou contribuição política e profissional dos(as) assistentes sociais aos Conselhos de Saúde, e foi analisado o relatório final da gestão CFESS 1999-2002. A dissertação de mestrado que serviu de referência aponta o potencial de contribuição no campo do controle social. Já, a partir do relatório do CFESS foi possível verificar a participação em diversos âmbitos, como Conselho Nacional de Saúde, 11ª Conferência Nacional de Saúde, II Encontro de Conselheiros da Saúde, Plenária Nacional da Saúde, Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde e Conferências Nacionais de Vigilância Sanitária e de Saúde Mental, ampliando o seu reconhecimento enquanto entidade e intervindo em debates importantes da área da saúde. Ambas as referências demonstram que a categoria é forte e combativa na defesa da política de saúde, mas que os espaços de controle social demandam maior participação dos(as) assistentes sociais (BRAVO; MATOS, 2009).

Na dimensão do trabalho profissional desenvolvido nas instituições teve-se como referência a tese de doutorado de Vasconcelos (1999 apud BRAVO; MATOS, 2009, p. 13) e a dissertação de mestrado de Costa (1998 apud BRAVO; MATOS, 2009, p. 13). Foi identificado um discurso com compromisso ao direito à saúde, porém com atuações ainda muito reduzidas. Além de ter sido identificado que a profissão vem tendo uma utilidade nas contradições da política de saúde.

Onde se tece considerações que a superação do modelo médico hegemônico é amplamente importante para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde (BRAVO; MATOS, 2009).

Desta forma Bravo e Matos (2009), apontam a existência de diversos desafios para o Serviço Social a partir dos anos de 1990 e, em suas palavras, sublinham que:

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários (BRAVO; MATOS, 2009, p. 213).

Para tanto, em 2009 o Conselho Federal de Serviço Social publicou os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, com o objetivo traçar referências para a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde, fornecendo “subsídios para ampliar o debate e possibilitar uma reflexão dos profissionais face às ações realizadas, bem como fortalecer o projeto ético-político profissional” (CFESS, 2013, p. 65). Neste caderno, buscou-se apresentar alguns embates teórico-metodológicos que têm ocorrido no Serviço Social com repercussão na saúde, bem como se procurou centrar algumas ações realizadas e destacar algumas polêmicas que são colocadas para o Serviço Social na saúde, como as práticas de ouvidoria, a humanização e as atividades burocráticas que são transferidas para o(a) assistente social, por exemplo. (CFESS, 2013)

Desta forma, para finalizar este Capítulo, o qual buscou traçar reflexões acerca da profissão de Serviço Social e da atuação do(a) assistente social na política de saúde, vale a construção de um tópico que aborde especialmente os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, com vistas ao melhor entendimento de como deve se dar o exercício profissional do(a) assistente social nesta política atualmente.

### **3.3.1.1 Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**

Os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* dispõe de um excelente e importante quadro de problematizações acerca das

atribuições e competências a serem desempenhadas pelos(as) assistentes sociais na área da saúde, as quais podem contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde, para a viabilização do Sistema Único de Saúde como está inscrito na Constituição Federal de 1988 e nas Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, na garantia dos direitos sociais, no fortalecimento da participação social e lutas sociais, bem como o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social (CFESS, 2013).

Em conformidade com a apresentação deste documento, este foi fruto de discussões e sistematizações do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, erigido pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008, incorporando as discussões e ordenações deliberadas do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS. Assim:

Visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde. Por outro lado, a opção em não estruturá-lo a partir dessas frentes de trabalho visa superar o registro de ações que são comuns nessas frentes e que tendem a se repetir quando a perspectiva é apontar as atribuições dos profissionais na saúde. Além disso, ao demonstrar que as diversas ações estão interligadas e são complementares, aponta-se para uma equivalência no grau de importância entre as ações assistenciais, as de mobilização popular e as de pesquisa e planejamento do trabalho profissional, por exemplo (CFESS, 2013, p. 11-12).

Com tal característica, o documento é estruturado em quatro itens, que se dividem em: “Saúde, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde e desafios atuais”, que faz uma discussão acerca da luta por saúde nos anos de 1980, da construção do Projeto de Reforma Sanitária e problematiza os impasses vividos dos anos de 1990 até os dias atuais, a partir da entrada da política neoliberal no país e na saúde; “Serviço Social e Saúde”, objetiva abordar a discussão teórica e política presente no Serviço Social na saúde, bem como apresenta alguns desafios colocados na atualidade para o fortalecimento do projeto ético-político e profissional; “Atuação do Assistente Social na Saúde”, caracteriza as atribuições e competências gerais do(a) assistente social e discute a intervenção profissional na saúde; e, por fim “Algumas Reflexões”, que aborda a elaboração do documento e reflete a necessidade de

preocupação para com algumas armadilhas colocadas pelo sistema capitalista de produção na organização social e pelas teorias não críticas e pós modernas, ressaltando a necessidade do fortalecimento do projeto ético-político da profissão no cotidiano profissional e do Projeto de Reforma Sanitária (CFESS, 2013).

Para uma atuação crítica e competente na área da saúde, que se aproxime do objeto de seu trabalho e esteja em conexão com objetivo da profissão nesta área, a qual exige a compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e deve direcionar a busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões, os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* sinaliza aos profissionais que é preciso:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2013, p. 28-29).

No item quatro, “Atuação do Assistente Social na Saúde” o documento aponta as atribuições e competências gerais dos(as) assistentes sociais, além de problematizar as ações destes profissionais na saúde. Recapitula que o exercício profissional em qualquer espaço sócio-ocupacional deve ser norteado pelo projeto ético-político e, principalmente, pelos direitos e deveres inscritos na Lei de Regulamentação da Profissão e no Código de Ética Profissional. Sendo que o perfil

de atuação do(a) assistente social deve ser consoante com o afastamento de “abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente” (CFESS, 2013, p. 32). Ressaltando a imprescindibilidade de atuação profissional com perspectiva de totalidade, com leitura crítica da realidade, que, coletivamente com os trabalhadores, construa estratégias políticas e técnicas para a materialização e ampliação dos direitos (CFESS, 2013).

Reforça, assim, que para a ação dos(as) assistentes sociais na saúde, a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade são conceitos fundamentais. E, indica que nesta área os profissionais “atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2013, p. 39), destacando que tais eixos precisam ser articulados dentro da concepção de totalidade e não podem ser compreendidos de maneira segmentada (CFESS, 2013).

De tal modo, estes eixos são apresentados a seguir:

✓ **Atendimento direto ao usuário:**

Este eixo aborda que o atendimento direto ao usuário se dá nos diversos espaços da saúde em que o(a) assistente social atua, com ações socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e socioeducativas, que se caracterizem por serem complementares e indissociáveis (CFESS, 2013).

As ações socioassistenciais vêm se constituindo nas principais demandas aos profissionais e, para tanto, precisam transpor o caráter emergencial e burocrático, possibilitando reflexão sobre as condições sócio-históricas de vida dos sujeitos, além de buscar a mobilização para a defesa e luta dos direitos pela saúde. Aparecem questões no cotidiano profissional, através de demandas como solução, quanto a facilidades de atendimento; reclamação com relação à qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento; não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento; desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde; agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção, dentre outras questões, que precisam que o profissional tenha clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias (CFESS, 2013).

Cabe ao profissional potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais, com ações que democratizem as informações por meio de orientações e/ou encaminhamentos; construa o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção e subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; enfatizem os determinantes sociais da saúde por meio das abordagens individual e/ou grupal; facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação; conheçam a realidade do usuário; conheçam e mobilizem a rede de serviços com o objetivo de viabilizar os direitos sociais; fortaleçam os vínculos familiares, na perspectiva de incentivo ao usuário e sua família de se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; organizem, normatizem e sistematizem o cotidiano do trabalho profissional com a criação e implementação de protocolos e rotinas de ação; formulem estratégias de intervenção profissional e subsidiem a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários; elaborem estudos socioeconômicos para subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais na perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde; e, busquem garantir o direito de acesso aos serviços (CFESS, 2013).

As ações de articulação interdisciplinar e socioeducativas devem ter como perspectiva de trabalho na saúde a interdisciplinaridade. No entanto, devem destacar a distinção entre o profissional de Serviço Social e as demais profissões, onde o trabalho em equipe é refletido e as atribuições do(a) assistente social são especificadas e divulgadas. Para tanto, o documento traz uma citação de Yamamoto (2002, p. 41 apud CFESS, 2013, p.46) para explicar que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. Cada profissional, a partir de sua formação acadêmica, para desempenhar ações, tem competências e habilidades distintas, onde “o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas” (CFESS, 2013, p. 44).

Historicamente a equipe de saúde e/ou os empregadores têm requisitado aos profissionais de Serviço Social diversas ações que não são suas atribuições, de caráter eminentemente técnico-administrativo ou que demandam formação técnica

específica de outras profissões da saúde, como marcação de consultas e exames; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades para transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; informação sobre alta e óbito; emissão de declaração de comparecimento na unidade mesmo com atendimento realizado por qualquer outro profissional; montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos; dentre outras ações (CFESS, 2013).

O(a) assistente social, inserido(a) em uma equipe na saúde, possui ângulos particulares de observação na interpretação sobre condições de saúde da população, além de dispor de competência distinta do médico, enfermeiro, nutricionista e demais trabalhadores da saúde, para o encaminhamento de ações. A sua atuação em equipe requer constante observância dos seus princípios ético-políticos explicitados nos diversos documentos legais (CFESS, 2013).

Assim, este profissional deve participar da elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho, estimulando o investimento na educação permanente das equipes para se repensar o modelo de atenção à saúde e constantemente avaliar as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde (CFESS, 2013).

As ações de articulação dos(as) assistentes sociais na equipe de saúde que mais se destacam são: esclarecimento das suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe; elaboração, em conjunto com a equipe, de propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais; construção e implementação, em conjunto com a equipe, de propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo para qualificar as ações que tem interface com o atendimento ao usuário; incentivo e participação, em conjunto com a equipe, de discussões sobre o modelo assistencial, bem como elaboração de normas, rotinas e oferta de atendimento da unidade; garantia de inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde para atender o usuário e sua família desde a entrada na unidade; identificação e trabalho com os determinantes sociais; realização, em conjunto com a equipe, de atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, onde cabe ao(a) assistente social o esclarecimento a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, bem como informações e encaminhamentos

necessários, em articulação com a rede de serviços; participação, em conjunto com a equipe, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas; planejamento, execução e avaliação, em conjunto com a equipe, de ações que assegurem a saúde enquanto direito; avaliação das questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe; participação do projeto de humanização da unidade; realização, junto à equipe multiprofissional, de notificação frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência, acionando as autoridades competentes e verificando as providências cabíveis (CFESS, 2013).

As ações socioeducativas podem também ser denominadas como educação em saúde e fundamentam-se em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população. Assim, devem ser elemento central da atuação do(a) assistente social, tendo como enfoque a informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades, com o objetivo da democratização e das necessárias modificações; análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe; análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular (CFESS, 2013).

Por desta forma se caracterizarem, não podem reforçar uma perspectiva de subalternização e controle dos usuários, pois tem por objetivo a consciência sanitária e “devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas” (CFESS, 2013, p. 55). Para tanto, é preciso uma prática reflexiva que possibilite aos usuários análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica, para que se capte o movimento da realidade social e se participe, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Um processo que necessita dar prioridade à atenção coletiva, possibilitando a troca de experiências entre os sujeitos, a manifestação da força de organização e a aparição da condição de classe dos sujeitos envolvidos (CFESS, 2013).

Neste sentido, entre as ações socioeducativas desenvolvidas pelos(as) assistentes sociais, destacam-se as atividades de sensibilização dos usuários acerca dos direitos sociais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos; democratização de informações da rede de atendimento

por meio de ações na comunidade; realização de debates e oficinas na área da instituição; realização de atividades socioeducativas nas campanhas preventivas; democratização das rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de orientação; socialização de informações e potencialização de ações socioeducativas nas salas de espera; elaboração e/ou divulgação de materiais socioeducativos que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos; mobilização e incentivo aos usuários e suas famílias para a participação no controle democrático dos serviços; realização de atividades em grupos abordando temas de interesse dos usuários e suas famílias (CFESS, 2013).

✓ **Mobilização, participação e controle social:**

Este eixo aborda uma reflexão sobre respostas coletivas aos assuntos coletivos, envolvendo o protagonismo dos trabalhadores, usuários e suas famílias, na articulação aos movimentos sociais. Assim, envolve a construção de um conjunto de ações com o objetivo de contribuir na organização da população enquanto sujeitos políticos, que deve voltar-se para a mobilização e participação social em movimentos sociais e espaços democráticos de controle social, com lutas em defesa do direito à saúde e inserindo na agenda pública suas reivindicações. Além disso, outra preocupação deve ser a democratização da instituição com criação de conselhos gestores de unidades e outros órgãos colegiados, visando participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade (CFESS, 2013).

Deste modo, as ações desenvolvidas no âmbito mobilização, participação e controle social sublinham o estímulo a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde; buscam mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas; precisam contribuir para a viabilização da participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política de saúde; devem articular-se permanentemente com entidades das diversas categorias profissionais para fortalecimento da participação social dos trabalhadores de saúde nas unidades e demais espaços coletivos; requerem participação da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratização das questões evidenciadas pelos usuários; necessitam contribuir para a democratização da saúde enquanto política pública e de acesso universal, frisando a sua construção nos espaços dos conselhos de

saúde; devem estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social; devem incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal; e, devem buscar a democratização, junto aos usuários e demais trabalhadores, dos locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos (CFESS, 2013).

✓ **Investigação, planejamento e gestão:**

Este eixo tem por perspectiva a discussão de um conjunto de ações que visem fortalecer a gestão democrática e participativa, que tenha capacidade de produzir propostas para uma gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde (CFESS, 2013).

A descentralização das políticas sociais deu abertura para a atuação dos profissionais de Serviço Social nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Para tanto, esta atuação precisa estar embasada em estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora e o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade, pois são estes quadros que podem direcionar a formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social e da política institucional (CFESS, 2013).

A inserção dos(as) assistentes sociais nos espaços de gestão, planejamento e realização de investigação, é muito importante e precisa ter como diretriz o projeto ético-político profissional, vislumbrando ações de elaboração de planos e projetos de ação profissional para o Serviço Social com a participação dos(as) assistentes sociais da equipe; contribuição na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde, procurando garantir a participação dos usuários e demais trabalhadores; participação da gestão das unidades de saúde de forma horizontal; elaboração do perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação; identificação das manifestações da “questão social” por meio de estudos e sistema de registros; realização de avaliação do plano de ação analisando as ações realizadas pelo Serviço Social e pela instituição e os resultados alcançados; participação nas Comissões e Comitês temáticos existentes nas instituições; realização de estudos e investigações sobre os determinantes sociais da saúde; identificação e estabelecimento de prioridades entre as demandas, contribuindo com a reorganização dos recursos institucionais através da realização

de pesquisas; participação de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condições sanitárias; realização de investigação da existência de determinados segmentos de usuários, objetivando a definição dos recursos necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias; fortalecimento do potencial político dos espaços de controle social por meio de estudos; participação de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho; realização de estudos da política de saúde; fornecimento de subsídios para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional, a partir das investigações realizadas; criação de estratégias e rotinas de ação que visem à organização do trabalho, à democratização do acesso e à garantia dos direitos sociais; integração à equipe de auditoria, controle e avaliação, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados; sensibilização dos gestores da saúde para a relevância do trabalho do(a) assistente social nas ações de planejamento, gestão e investigação (CFESS, 2013).

✓ **Assessoria, qualificação e formação profissional:**

Este eixo envolve atividades de qualificação e formação profissional que abranja tanto os(as) assistentes sociais como os demais profissionais da saúde, visando o aprimoramento profissional com objetivo na melhoria da qualidade dos serviços prestados. Deste modo então, “envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria” (CFESS, 2013, p. 61).

Sobre educação permanente:

Uma preocupação central que deve nortear a formação profissional é o trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS: universalidade, integralidade, participação social. Nessa direção, o debate com relação à revisão do modelo assistencial centrado na doença para o modelo assistencial voltado para a saúde é fundamental, bem como a gestão democrática, pública e universal. Essa diretriz deve nortear também a educação permanente (CFESS, 2013, p. 62).

A atividade de assessoria, numa perspectiva de emancipação dos trabalhadores e ampliação da esfera pública, é desenvolvida por profissional com conhecimento da área, que tem por intento alterar dada realidade que toma como

objeto de estudo. Assim, pode ser prestada à profissionais, à gestão para a formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais. E, é uma atividade que pode ser atribuição privativa do(a) assistente social ou competência do profissional, que quando desempenhada como atribuição privativa, o profissional presta assessoria em matéria de Serviço Social, podendo ser prestada somente por profissional com graduação na área (CFESS, 2013).

Neste contexto, as principais atividades desempenhadas pelo(a) assistente social, a partir deste eixo, podem ser de: fortalecimento do controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis; formulação de estratégias coletivas para a política de saúde da instituição e de outras esferas através de organização e coordenação de seminários e outros eventos; criação de campos de estágio e supervisão direta à estagiário (a)s de Serviço Social, estabelecendo articulação com unidades acadêmicas; participação ativa de programas de residência, com ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, para contribuir com a qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais; participação de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, com o objetivo de apresentar estudos, investigações realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde; participação com motivação aos trabalhadores da saúde para a implantação/implementação da NOB-RH/SUS em todas as esferas federativas; qualificação do trabalho dos profissionais da equipe de saúde através de assessoria e/ou educação continuada; elaboração do plano de educação permanente para os profissionais de Serviço Social, bem como participação da proposta de qualificação profissional a ser promovida pela instituição; criação de fóruns de reflexão sobre o trabalho em de saúde da unidade; assessoraria a entidades e movimentos sociais, sob perspectiva de fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade (CFESS, 2013).

Estes eixos anteriormente abordados, dos quais este documento trata, envolvem ações que ressaltam a capacidade investigativa, crítica, criativa e propositiva dos(as) assistentes sociais, além de enfatizar a necessidade de abordagens a partir de ações socioeducativas, participação social, mobilização, formação e educação permanente. Todas a serem norteadas tendo como referência o arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, que tem por direção o projeto profissional hegemônico, que o Serviço Social vem construindo desde a década de 1980 (CFESS, 2013).

Desta forma, os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* sublinha que para a atuação profissional na área da saúde, como nas diversas outras, deve-se ter uma aproximação sobressalente sincrônica entre a produção teórica e o exercício profissional, pois é o que permite a desconstrução dos processos tidos como naturais, em busca de sucessivas aproximações da realidade para a contribuição com a efetivação e fortalecimento dos direitos sociais. É preciso constantes e rigorosas análises do movimento da realidade social para o conhecimento dos seus antagonismos e desafios:

O assistente social pode dispor de um discurso de compromisso ético-político com a população, mas se não realizar uma análise das condições concretas vai reeditar programas e projetos alheios às necessidades dos usuários. É a capacitação permanente que possibilita ao profissional romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, e buscar, a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde, a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação, e no projeto de Reforma Sanitária (CFESS, 2013, p.67).

## 4 REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DE INSERÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ/PR

“Que tempos são estes, em que temos que defender o óbvio?”  
[Bertold Brecht]

### 4.1 O MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ/PR E OS SERVIÇOS OFERTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O Município de Ivaiporã/PR, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), é constituído de 04 distritos: Ivaiporã, Alto Porã, Jacutinga e Santa Bárbara, e possui uma população com cerca de 31.816 habitantes, disposta em uma área total de 431,502 km<sup>2</sup>. De acordo com apresentação da Prefeitura Municipal<sup>25</sup>, em seu site oficial, é cidade-pólo e sede administrativa do Vale do Ivaí, região composta por cerca de quinze municípios considerados de pequeno porte. Trata-se, portanto, de uma localidade que acaba atendendo a população das outras cidades da região em vários serviços como saúde, educação, justiça, entre outros. População esta que chega a atingir cerca de 127.781 habitantes, segundo dados que constam na apresentação das características da microrregião administrativa de Ivaiporã/PR no site do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Ivaiporã/PR possui um total de 91 estabelecimentos de saúde, que podem ser consultados no quadro abaixo:

Quadro 1 - Estabelecimentos de saúde existentes no município de Ivaiporã/PR

TIPO DE ESTABELECIMENTO	QUANTIDADE
POSTO DE SAÚDE	01
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	06
HOSPITAL GERAL	03
CONSULTÓRIO ISOLADO	58
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	11
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE (SADT ISOLADO)	08

<sup>25</sup> Disponível em: <<http://ivaipora.org/cidade/>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

SECRETARIA DE SAÚDE	02
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPIA E/OU HEMATOLOGIA	01
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	01
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>

Fonte: CNES (2015)

Dentre estes 91 estabelecimentos, 13 são públicos, dispostos da seguinte forma, ainda de acordo com o CNES:

Quadro 2 - Estabelecimentos públicos de saúde existentes no município de Ivaiporã/PR

<b>DESCRIÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
22ª REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ	01
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	01
PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL DE IVAIPORA	01
UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSAO DE IVAIPORA	01
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	01
CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE DA 22ª REGIONAL	01
POSTO DE SAUDE CENTRAL DE IVAIPORA	01
POSTO DE SAUDE DA VILA JOAO XXIII	01
POSTO DE SAUDE DE ALTO PORA	01
POSTO DE SAUDE DE JACUTINGA	01
POSTO DE SAUDE DE SANTA BARBARA	01
UAPSF IVAIPORA	01
POSTO DE SAUDE DA VILA NOVA PORA	01
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>

Fonte: CNES (2015)

Já os privados somam-se em um total de 78 e, de acordo com o CNES, ofertam serviços das diversas áreas da saúde, como hospitais, clínicas de diversas especialidades, consultórios odontológicos, laboratórios de exames, dentre outros, como pode ser verificado abaixo:

Quadro 3 - Estabelecimentos privados de saúde existentes no município de Ivaiporã/PR

<b>DESCRIÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
HOSPITAL E MATERNIDADE IVAIPORA LTDA	01
HOSPITAL BOM JESUS	01
HOSPITAL DO RIM DE IVAIPORA	01
CENTRO MÉDICO GASTROENTEROLOGIA	01
CLINICA DA MULHER	01
CLINICA SANTA HELENA	01
CLINICA SAO FRANCISCO	01
CLINICA DENTARIA DR RUI LTDA	01
POLICLINICA KAWANO	01

HMI CLINICA MEDICA LTDA ME	01
CONSULTÓRIO ISOLADO	58
FISIOCENTER	01
ORTOFISIO	01
IDATI	01
APAE DE IVAIPORA	01
OFICINA DE PROTESE ODONTO IVAIPORA	01
PERFIL DOCUMENTAÇÃO E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	01
TOMOVALE TOMOGRAFIA VALE DO IVAI LTDA	01
LABORATORIO CENTRAL DE IVAIPORA	01
LABORATORIO MODELO	01
LABI	01
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>

Fonte: CNES (2015)

No entanto, ao percorrer os serviços de saúde pública, durante realização de Iniciação Científica (IC), como já relatado na Introdução deste trabalho, foi detectada a existência de mais dois serviços de saúde pública, voltados para a atenção básica em saúde, que são inexistentes no CNES. Os quais se somam ao total de serviços de saúde existentes em Ivaiporã/PR, resultando, assim, em 93 serviços dispostos no município.

Sendo o objeto deste trabalho voltado para a atenção básica em saúde, faz-se necessário, então, uma maior caracterização dos serviços desta complexidade que são ofertados em Ivaiporã/PR. Deste modo, a seguir serão apresentados estes serviços, seguidos de reflexões através das informações obtidas *in loco* durante a pesquisa da IC. Vale, antes, recordar que em Ivaiporã/PR há 09 serviços de saúde voltados para o nível de ABS. Porém, de acordo com o CNES estes serviços seriam disponibilizados em um total de 07.

Por este item ser resgate de toda a apreensão dos serviços de saúde voltados para a atenção básica, levantada durante a pesquisa da IC, partindo das caracterizações constatadas a partir do CNES e da realidade, muitas vezes irá se reportar às falas de trabalhadores da saúde e dos usuários através das entrevistas realizadas para a IC. Assim, é um item que não contou somente com a pesquisa específica para este trabalho, mas que recupera a produção recentemente desenvolvida, pelo entendimento da necessidade de se caracterizar os serviços não somente através dos dados/informações previamente publicizadas, pois é importante apreendê-los a partir de observações *in loco* e das perspectivas dos trabalhadores e usuários da política.

#### 4.1.1 Centro Municipal de Saúde de Ivaiporã/PR

Aqui vale inferir, primeiramente, que esta instituição é denominada no CNES como Posto Central de Saúde de Ivaiporã/PR. O que é diferente do que se encontra na realidade e, portanto, tal serviço não pode ser referido como um Posto de Saúde devido à sua estrutura, equipes e serviços prestados.

O Centro Municipal de Saúde de Ivaiporã/PR é um estabelecimento com desempenho de atividades voltadas para Atenção Básica em Saúde (ABS), cobertas pelo SUS, que além de ter funcionamento para atender toda população do município com suas demandas voltadas para a ABS, também concentra todos os encaminhamentos voltados para a saúde pública do município, em todos os níveis de saúde como, por exemplo, conceder aos usuários consultas com especialistas particulares, exames nos laboratórios particulares e agendar viagens/procedimentos em outros serviços que os usuários necessitam fora do município. Deste modo, concentra no mesmo local todo o serviço responsável pela saúde pública do município e, também, a Secretaria de Saúde no pavilhão administrativo.

Embora esteja cadastrado no CNES com 66 profissionais, segundo as informações colhidas junto aos trabalhadores do serviço existem 55 profissionais executando seus processos de trabalho na instituição, de modo que nem todos os profissionais trabalham dois períodos do dia, a maioria está neste espaço somente meio período. O transitar pelos serviços de saúde pública do município, possibilitou a constatação de que diversos profissionais que estão lotados neste serviço executam suas atividades em outros locais.

Este estabelecimento executa serviços nas áreas de clínica geral, psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, nutrição, serviço social, epidemiologia e vigilância sanitária. E, embora possua habilitação com adesão ao Programa Mais Médicos<sup>26</sup>, cadastrada no CNES, oferece atendimentos referentes a este programa

---

<sup>26</sup> De acordo com o Ministério da Saúde, o Programa Mais Médicos foi criado pelo Governo Federal, com o apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. Visa levar mais médicos para regiões permeadas por escassez ou ausência destes profissionais, como também prevê investimentos, reformas e ampliação das Unidades Básicas de Saúde e amplia as vagas de graduação e residência médica para esta área. Assim, projeta um fortalecimento da atenção básica em saúde. Em dois anos de existência levou 18.240 médicos de outras localidades e países para 4.058 municípios do Brasil. Para saber mais sobre este assunto, consultar o site do programa. Disponível em: <<http://www.maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

apenas algumas vezes por semana, de médicos que estão lotados em outras Unidades Básicas de Saúde.

Nas entrevistas foi informado que o Centro de Saúde não tem Equipes de Saúde da Família, pois não é uma Unidade Básica de Saúde e sim um serviço onde concentra todas as equipes. Percebe-se um contraste com a própria divulgação da Secretaria de Saúde do município de Ivaiporã que anuncia a existência de Estratégia de Saúde da Família (ESF) neste serviço, além de destoar das informações disponibilizadas no CNES. Ademais, foi informado na pesquisa de campo que o Centro de Saúde é responsável, para além das outras atividades, por cobrir toda a área do município que não tem ESF própria e que no serviço não há agentes comunitários de saúde e nem médico de saúde da família, fazendo assim com que o único atendimento para a população desta área descoberta de ESF se dê através de serviços prestados por médicos que atendem no Centro.

Este serviço está em funcionamento em um prédio novo, inaugurado em 2013, e tem grande estrutura e boa ambiência para o atendimento dos usuários. É uma instituição que tem um número expressivo de profissionais e, em entrevista, foi informado que existem 07 salas utilizadas como consultórios médico; 02 salas para vacinação; sala para curativo; sala de triagem; sala para procedimentos; laboratório de exames; sala para epidemiologia; sala do Serviço Social que é dividida para atendimento médico devido a profissional atender somente meio período por dia; um pavilhão para o funcionamento da farmácia; e, um pavilhão administrativo com depósito; além de garagem para os carros dos serviços de saúde pública do município. Trata-se, portanto, de uma infraestrutura bem maior do que consta no CNES, quando se compara com as informações sobre o serviço.

Com relação aos serviços de exames disponíveis, conforme dispostos no CNES, estes se dão somente para exames básicos, como por exemplo, colesterol, triglicerídeos e alguns voltados para gestantes, que não foram especificados. O restante dos exames é feito pelos usuários em laboratórios particulares que têm convênio SUS. Além disso, foi informado que a instituição não oferta serviços de diagnóstico por imagem, estes são realizados somente por um aparelho de Raio X, mas que também não está em funcionamento do Centro de Saúde, mas sim no Pronto Atendimento Municipal, o que também incompatibiliza com o que é publicamente informado no CNES.

O Serviço de Esterilização, da mesma forma, não é feito no Centro de Saúde, tal como apontado no CNES, que assinala um serviço específico para isso. Este é executado no Pronto Atendimento Municipal, porque, como colocou uma trabalhadora, *“a máquina do Centro de Saúde está com um problema, aí no Centro é lavado, embalado e lá é esterelizado”*. O que repercute em uma ponderação sobre a necessidade de serviço de esterilização nas UBSs, porque os trabalhadores informam que o serviço é levado para o Centro de Saúde e, sob esta informação, fica claro que no final todo o serviço se concentra no Pronto Atendimento Municipal.

Além disso, não é disponibilizado, pelo Centro de Saúde, o Serviço de Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, o qual é executado por uma UBS. E, também não é disponibilizado o Serviço de Odontologia, como consta no CNES. Como colocou uma trabalhadora em entrevista:

“É assim, a odontologia fica lá embaixo do lado do CREA, que é tipo um postão também, tipo um posto, só que é credenciado pelos médicos. Os médicos que fizeram essa unidade, daí tem credenciamento por aqui também para atender lá. A odontologia tem um predinho que é a odontologia da saúde mais fica separado daqui. Os profissionais são lotados no Centro de Saúde mas atendem lá. Todos os serviços de odontologia que as UBSs encaminham é atendido neste local. Aí o único lugar que também tem um serviço implantado é no Jacutinga, que tem dentista e auxiliar de dentista, tudo lá. Funciona lá pelo espaço em si, porque por mais que aqui seja grande, não dá.” (Trabalhadora da Saúde).

Logo, no Centro não existem todos os equipamentos e profissionais voltados para estas áreas, como estão cadastrados no CNES.

No mais, os entrevistados colocaram que a gestão da saúde está tentando implantar um serviço informatizado nesta instituição para agilizar o serviço e integrar todas as necessidades dos usuários.

Pelo que pôde ser observado na instituição, o trabalho em saúde é muito mecânico, pela grande demanda. Assim, os trabalhadores possuem uma grande sobrecarga de funções a desempenhar, o que acaba por dificultar a realização das atividades fora do roteiro do cotidiano. Isso foi percebido até nos momentos da entrevista, quando várias vezes houve interrupção para o atendimento de demandas que chegavam. O que também repercutiu na observação *in loco*, que precisava ser acompanhada por um trabalhador, bem como na possibilidade de obtenção de informações mais detalhadas sobre o serviço.

Por se tratar de um serviço responsável por concentrar todas as demandas que os usuários não conseguem encaminhar às UBSs, é de difícil acesso, conforme colocam os usuários entrevistados. Pois, apesar de estar localizado no centro do município, é de longínqua distância para muitas localidades da cidade e dos distritos, dificultando em grande parte o acesso da população que precisa se deslocar para qualquer atendimento. Há, ainda, outro fator agravante, que é a cultura da população de se deslocar de madrugada e aguardar em fila para pegar senha para os atendimentos, o que dificulta mais ainda para quem reside em lugares distantes e nos distritos, e para quem não tem acesso à meios de locomoção que não seja transporte público.

Além disso, este é um local que também concentra todas as chefias da saúde pública do município de Ivaiporã/PR e, a partir de outras entrevistas nas UBS pôde ser notado que está circundado de jogos de poder e relações patrimoniais, que se conduzem pelo “jogo do toma lá dá cá”, sem fazer distinção dos limites entre o público e o privado, como colocam trabalhadores e até usuários. Isto permite cogitar sobre as causas de tantas discrepâncias entre os dados que constam no CNES e o que está disponível em um serviço tão importante como este.

#### **4.1.2 Unidade de Atenção ao Programa Saúde da Família (UAPSF - Ivaiporã)**

A Unidade de Atenção ao Programa Saúde da Família (UAPSF), inaugurada em Ivaiporã/PR no ano de 2011, está localizada no centro do município, ao lado do Centro de Saúde Municipal, o qual concentra todos os encaminhamentos da saúde pública no município.

Como explica uma trabalhadora da Unidade:

“Aqui por ser ao lado do Posto Central temos um número muito grande de procuras e “problemas”, também, porque várias pessoas quando não conseguem atendimento lá querem ser atendidas aqui e aí temos que explicar sempre que elas não podem ser atendidas aqui e que tem que ir nas Unidades de referência do seu bairro, o que acaba causando várias vezes mal estar com a população” (Trabalhadora da Saúde).

A UAPSF funciona em um prédio construído originalmente para ser a Clínica de Saúde da Mulher e da Criança<sup>27</sup>, a qual era um projeto de governo, mas que ao final do então mandato não havia realizado as contratações de profissionais técnicos necessários para o funcionamento da Clínica. Como o município declarava que não tinha recursos para a continuidade do projeto, foi cedido o prédio para o funcionamento de Unidade Básica de Saúde com cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

É, portanto, a UAPSF uma Unidade Básica de Saúde pública com desempenho de atividades voltadas para Atenção Básica em Saúde 100% cobertas pelo SUS. Possui uma única equipe de Estratégia de Saúde da Família, com 12 profissionais, sendo estes: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, 08 agentes comunitários de saúde, 01 faxineiro. O que destoa em pequena quantidade do CNES, que coloca que o serviço tem 14 profissionais.

Além disso, na UBS presta atendimento uma nutricionista, uma psicóloga e uma ginecologista. Os atendimentos da nutricionista e psicóloga não acontecem todos os dias, de modo que a nutricionista atende a cada quinze dias na Unidade e a psicóloga uma vez por semana, com atendimentos selecionados de no máximo 10 pessoas por dia.

O atendimento da ginecologista se dá às segundas-feiras e quartas-feiras para a população de todo o município e ocorre nesta UBS por falta de estrutura destinada a esta área no Centro Municipal de Saúde. Como coloca uma trabalhadora da UBS: *“por ser do lado do Centro de Saúde e por lá não ter espaço, com todos os equipamentos necessários, enviaram o atendimento da ginecologia para a UASF”*. Ademais, esta é a única UBS que possui telefone e um sistema de internet, assim todos os processos voltados para a ginecologia de todas as UBSs são cadastrados e encaminhados pela UAPSF. Isto dificulta bastante o processo de trabalho dos profissionais deste serviço, ocasionando várias queixas, além de aumentar o fluxo de atendimento na UBS para além da população de responsabilidade de abrangência. Além do mais, sobrecarrega os trabalhadores com um serviço de especialidade que deveria ser ofertado no Centro Municipal de Saúde. Conforme expõe uma trabalhadora:

---

27 Ainda existe uma placa de cimento bem grande em frente ao estabelecimento indicando que ali é o “Centro de Saúde Criança-Mulher”. Placa esta que se contrapõe à outra colocada acima da porta de entrada da Unidade, que contém a seguinte identificação: “Unidade Básica de Saúde da Família - UAPSF”.

“Como temos o serviço de ginecologia aqui, muitas mulheres também querem fazer o “preventivo” aqui na Unidade também, e isto é muito complicado porque já temos uma população de referência para prestar este serviço, aí estamos tentando cortar isto e explicar que o “preventivo” também pode e deve ser feito nas Unidades de seus bairros” (Trabalhadora da Saúde).

A cobertura desta UBS é voltada para aproximadamente 7.000 pessoas, com extensão territorial para apenas algumas ruas do centro do município e a cobertura dos seguintes bairros: São Pedro, Alto da Glória, Vila Betel, Conjunto Mourão Filho, Jardim Iporã, Santa Terezinha e Reservado.

Embora possua habilitação com adesão ao Programa Mais Médicos, conforme o CNES, não há oferta na UBS de atendimento deste programa. Assim, o atendimento médico na UAPSF é da ginecologista e de um médico clínico-geral que atende somente 20 horas na Unidade, todos os dias na parte da tarde, ao passo que deveria atender 40 horas, mas tem seu turno dividido com prestação de serviços no Centro Municipal de Saúde.

Funcionando em um prédio novo, planejado para ser uma Clínica de Especialidade, esta UBS possui ótima ambientação. É um espaço amplo, comparado às outras Unidades, principalmente em relação àquelas que possuem mais de uma equipe, além de ser bem arejado, limpo e confortável para receber a população. Assim, além de possuir uma grande recepção, comporta sala de atendimento médico, de enfermagem, de curativo e nebulização, sala para administração, sala para os agentes comunitários de saúde, sala de triagem, sala para armazenagem de medicamentos. Uma vez que a UBS não possui farmacêutico em seu quadro de funcionários não pode dispor de farmácia com a distribuição de diversos tipos de remédio, assim apenas se faz entrega de remédios específicos, como de pressão, de diabetes, de dor e demais tratamentos sem complexidade. Nesta UBS existe, ainda, copa para os trabalhadores, sala de dispensa, sala para lavagem e armazenamento de alguns materiais. Como a Unidade não possui equipamentos necessários para selar e esterilizar os materiais, não possui Central de Esterilização de materiais, conforme consta no CNES, desse modo encaminha todos esses serviços para o Pronto Atendimento Municipal. Além do mais, possui dois banheiros para funcionários e dois banheiros para usuários.

A Unidade oferta dois grupos de Hiperdia, com orientações médicas, duas vezes ao mês, para portadores de pressão alta e diabetes.

O Hiperdia é um serviço previsto pelo Ministério da Saúde, que todas as UBS de Ivaiporã possuem. Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)<sup>28</sup>, o Hiperdia:

[...] destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS.

Além disso, a UBS também presta atendimentos na Delegacia de Ivaiporã, todas as terças-feiras, com uma média de 16 consultas médicas. Neste local, duas vezes ao ano faz coletas para exames de HIV, de hepatite B e de sífilis, além de curativos e injeções quando necessário. Além disso, a Unidade também desenvolve campanhas de vacinação quando estão ocorrendo no município.

É importante expor aqui duas grandes queixas registradas diversas vezes nas entrevistas, que apontam para dificuldades no atendimento mais extenso à população coberta desta UBS. A UPSF não possui um carro exclusivo destinado ao serviço, obrigando duas Unidades a compartilhar o mesmo carro. Desse modo, existe transporte para cobrir esta área tão extensa apenas nas terças, quintas e sextas-feiras meio período, fato que obstaculiza visitas domiciliares, recolhimento de exames nas residências, atendimentos não pré-programados e o fluxo de atendimento e desempenho das atividades como um todo, pois para o que deve ser realizado fora dos muros da Unidade é necessário um cronograma de organização que corresponda aos dias que o carro estará disponível.

Além do mais, uma trabalhadora frisou, na entrevista concedida, várias vezes o acúmulo de tarefas para poucos profissionais, resultando em sobrecarga de trabalho e encaminhamento mais moroso dos atendimentos. A trabalhadora deixou bem claro que a falta de profissionais nesta Unidade se reflete em todos os atendimentos que presta a toda população coberta e ainda expressa uma grande precarização dos trabalhadores.

---

<sup>28</sup> Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

#### **4.1.3 Unidade Básica de Saúde da Família da Vila Nova Porã**

Primeiramente, vale ressaltar que este serviço é denominado no CNES como Posto de Saúde da Vila Nova Porã. No entanto, não pode ser assim denominado, pois é uma Unidade Básica de Saúde, seja pelas atividades que desempenha, seja pela estrutura e quadro de profissionais com o qual conta. Além disso, existe uma placa na entrada do serviço indicando: “Unidade Básica de Saúde da Família da Vila Nova Porã. No CNES, de acordo com o item tipo de estabelecimento, existe somente um Posto de Saúde neste município. No entanto, a UBS da Vila Nova Porã não poderia ser este único Posto de Saúde. Através das observações realizadas, poderíamos designar este único serviço como Posto de Saúde, um serviço inexistente no CNES, que seria o Posto de Saúde da Vila Rural, o qual será apresentado no item 4.1.6.

Esta ponderação se dá pelo atendimento que a UBS da Vila Nova Porã oferece ao público, atendendo a todas as especificidades de uma UBS, com profissionais de várias áreas de nível técnico e superior, com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família e com atendimentos de atenção básica sistematizados e gratuitos, diferentemente de como ocorre em um Posto de Saúde, que presta assistência à população não precisando ser de forma programada e sempre com a presença de médicos e outros profissionais de ensino superior.

Assim, a Unidade Básica de Saúde da Família de Nova Porã é um serviço de saúde de natureza pública, que atende às demandas da Atenção Básica em Saúde 100% cobertas pelo SUS e se encontra em um prédio muito pequeno e precário. As salas de atendimento possuem os vidros das janelas quebrados e não são amplas. Falta estrutura para abrigar toda a equipe e as demandas da população; os trabalhadores devem fazer cronogramas para o revezamento das salas na tentativa de melhor atender aos usuários. No entanto, apesar de todas estas características que dificultam a ambiência e o acolhimento dos usuários, percebe-se na UBS a tentativa dos trabalhadores deixarem este espaço o mais aconchegante possível. Toda a Unidade tem decoração nas salas, com materiais artesanalmente confeccionados e coloridos, com cartazes de até “Seja Bem-Vindo”, plaquinhas de material EVA indicando os banheiros, e até uma cortina de material TNT toda colorida para decorar a pequena recepção, demonstrando a tentativa de o serviço acolher da melhor maneira os usuários.

A recepção é muito reduzida, com alguns assentos para os usuários aguardarem os atendimentos, o que ainda não comporta todos e faz a UBS disponibilizar no lado de fora dois bancos. O que atrapalha um pouco o processo de trabalho dos profissionais e uma maior acolhida e garantia de conforto para o usuário expor o que está buscando ali, pela concentração de várias pessoas em uma sala e por diversas atividades serem encaminhadas neste local. Além disso, a triagem do usuário, também é feita na recepção, na frente dos demais, o que pode constranger a pessoa ou limitá-la a expor seus motivos de busca ao serviço. Ressaltando, assim, a falta do acolhimento com escuta qualificada por uma equipe, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

As salas da UBS são todas bem pequenas e também compartilhadas. A sala de enfermagem é compartilhada para atendimentos dos usuários e com a “farmacinha”, assim não pode fechar em nenhum momento porque o fluxo dos trabalhadores para obter medicamentos precisa acontecer, e também acaba prejudicando o atendimento aos usuários que às vezes não é sigiloso. Também esta sala de enfermagem precisa ser utilizada pela psicóloga para fazer seus atendimentos pela falta disponibilização de outro espaço, o que atrapalha também a entrega de medicação à população, pois os remédios só podem ser resgatados pelos trabalhadores quando o atendimento psicológico termina, devido a sala ter que ficar fechada nestes momentos. Além desta, há ainda uma estrutura que conta com uma sala de procedimentos, compartilhada para curativos, injeções, inalações, entre outros. Há uma sala para os agentes comunitários de saúde, uma sala de atendimento médicos, uma copa para funcionários, uma despensa bem pequena para guardar materiais, um banheiro para funcionários e 02 banheiros para usuários.

Os atendimentos prestados à população se voltam para o básico do que o Ministério da Saúde requer, sem a proposição de projetos novos que se voltem às necessidades da comunidade. Com isto, a equipe dividiu os atendimentos à população por segmentos, atendendo os adultos nas segundas e quartas-feiras, as crianças de 0 a 02 anos nas quintas-feiras, as gestantes nas terças-feiras na parte da manhã, e coleta de preventivos nas sextas-feiras, a cada 15 dias, para intercalar com o atendimento da nutricionista. Assim, presta atendimentos voltados para pré-natal de gestantes, coleta de exame preventivo de colo de útero, puericultura, vacinação, pesagem de crianças para programas sociais, atenção para pessoas hipertensas e/ou diabéticas, além dos atendimentos clínico-gerais, de fazer busca

ativa das famílias do território e de realizar visitas domiciliares quando necessário para quem não tem condições de ir até a UBS.

Há também na UBS o atendimento de uma psicóloga uma vez por semana, durante meio período, e de uma nutricionista, a cada 15 dias, durante meio período. Mas, apesar de ter este atendimento mínimo e paliativo de outros profissionais na UBS, é clara a necessidade de uma equipe multiprofissional mais ampla para que os usuários sejam atendidos em sua integralidade, como o SUS prevê, e para que o processo saúde-doença não fique somente ligado às questões biológicas, mas sim seja associado pelos diversos âmbitos que compõe a vida humana, como questões de renda, emprego, alimentação, habitação, lazer, dentre outras, já que a saúde não é somente a ausência de doenças, como já discutido no Capítulo I deste trabalho

Ademais, a equipe presta, ainda, todas as quintas-feiras, na parte da tarde, atendimento médico na área conhecida como Clube de Campo, de grande distância da UBS, mas que é referenciado no serviço. O que pode ser mais bem entendido através da fala de uma trabalhadora:

“Agora nós conseguimos colocar um dia na semana para o médico atender lá. Então, toda quinta-feira ele atende lá no Clube de Campo consultas em torno de 20 por dia. Tem uma salinha, mas não tem maca, não tem nada, tem só uma mesinha para atendimento, aí o pessoal leva os prontuários e consegue fazer a triagem lá. A gente leva o aparelho de pressão, mas não tem a maca e as coisas que a gente precisa lá. É uma salinha que é própria do pessoal lá do Clube de Campo, de um comércio de lá, então aí o doutor vai lá e atende lá nesse dia, mas não tem como deitar o paciente para avaliar nada, é sentado na cadeira e nem ponto de luz tem, então a gente tem que atender durante o dia, se anoitece, está mais escuro ou chovendo, fica mais difícil” (Trabalhadora da Saúde).

Embora tenha na UBS a oferta destes serviços, ainda pode se ver muitas questões que devem ser ampliadas. Os trabalhadores, por exemplo, não tem uma formação continuada, questão mínima como prevê a PNAB, para que possam estar se qualificando cada vez mais. Os usuários não podem nem contar com grupos de prevenção e ação educativa, que também é uma questão mínima, como prevê a PNAB, para que a equipe esteja mais próxima da comunidade e trabalhando as suas necessidades peculiares. Assim, a UBS oferta somente um grupo, denominado como Hiperdia e que é previsto pelo Ministério da Saúde. Verifica-se que o grupo de Hiperdia é o cumprimento de uma determinação maior e que não ultrapassa a questão de entrega de medicamentos, ao passo que poderia estar mais próximo da

população com rodas de conversas para pensar seu cotidiano, com palestras de profissionais de várias áreas para informações, com estratégias de realmente conduzir os atendimentos para a prevenção.

A cobertura desta UBS é voltada para aproximadamente 5500 pessoas, com extensão territorial para os bairros Guanabara I, Guanabara II, Clube de Campo, Vila Santa Maria, Jardim Itapuã, Vila Nova Porã e uma pequena parte do Centro. Com uma equipe de 10 agentes comunitários de saúde, 02 técnicas de enfermagem, 01 auxiliar de enfermagem, 02 enfermeiras, 01 faxineira (divida em três serviços) e 02 médicos do Programa Mais Médicos, os quais atendem de segunda à quinta-feira na UBS, o que faz o programa ser muito bem visto e aceito por toda equipe, pelo atendimento humanizado que prestam e por estarem presentes todos os dias no serviço, pois como apontou uma trabalhadora entrevistada, *“a médica vinha um dia, chegava três horas da tarde, atendia os pacientes em meia hora e ia embora.”*

Outra questão muito importante para se mencionar sobre este serviço, é que todos esses processos de trabalho são feitos sem o auxílio de telefone fixo e sistema informatizado com internet. O que prejudica tanto os profissionais, que devem utilizar seu telefone celular para ligações com seus próprios recursos, bem como interfere no atendimento aos usuários, pois, como visualizado na UBS, muitas vezes estes usuários ficam sem serem comunicados sobre mudanças nos atendimentos agendados.

Além disso, na UBS os profissionais técnicos de enfermagem acabam por desempenhar diversas funções, *“tudo que aparece lá na frente”*, como colocou uma trabalhadora. São responsáveis por recepcionar, fazem entrega de medicamentos, injeção, curativos, agendamentos de consultas, triagem (peso e pressão), lavagem/selagem de materiais para esterilização, para além da parte burocrática/administrativa (registros, relatórios, etc.). Onde, diante disso, foi necessário, segundo as trabalhadoras entrevistadas, elaborar uma escala para que todos os dias, na parte da tarde, tivesse uma ACS trabalhando na UBS para auxiliar em todas estas questões. Como coloca uma trabalhadora:

*“A gente precisaria de uma secretária para estar fazendo os atendimentos ali na frente e os burocráticos, porque a gente deixa muitas vezes de estar tendo, talvez, uma conversa mais prolongada com o paciente porque você não tem tempo de conversar com o paciente, porque se você ficar conversando com o paciente você chega lá na frente e tem dez para você*

atender. Então assim, você acaba fazendo um atendimento agilizado e aí as vezes o paciente tem algumas dúvidas e alguma coisa que ele quer perguntar e você não tem tempo de conversar, e se tivesse um profissional lá na frente fazendo essa parte seria melhor. Mas assim, por causa dessa questão, agora as unidades tem uma escala que cada dia na parte da tarde tem uma agente de saúde para ajudar nessas tarefas, aí elas vem ajudar na entrega de medicação, ajudar a lançar cartão SUS, elas dão uma força boa pra gente aqui. E foi o que contribuiu um pouco, porque eu acho que um auxiliar administrativo, uma secretária, eles não vão mandar para cá, porque eles acham que não é necessário e nenhuma unidade tem” (Trabalhadora da saúde).

Se refletirmos, esta é uma questão muito séria, pois interfere no trabalho do agente comunitário de saúde, que não deveria estar na UBS realizando atividades burocráticas, mas sim estar nas comunidades interagindo com a população e atendendo suas demandas. Além do que, ecoa totalmente no atendimento ao usuário e no princípio de prevenção da atenção básica em saúde.

Esta é uma, dentre diversas outras questões, que levam os trabalhadores a reclamarem da sobrecarga e precariedade no trabalho. Foi colocado nas entrevistas, por diversos profissionais, que a demanda trazida pela população é muito grande e o número de profissionais para atendê-la é muito reduzida, embora se tenha duas equipes de ESF na UBS. Porque, como apontam os trabalhadores, não é só o trabalho do cuidado, é todo um trabalho burocrático que eles precisam conduzir para dar expressão ao serviço. Além do que, a falta de estrutura adequada e de um sistema informatizado para trabalhar, implica diretamente nos processos de trabalho.

#### **4.1.4 Unidade Básica de Saúde da Família da Vila João XXIII**

Este serviço está denominado no CNES como Posto de Saúde da Vila João XXIII, no entanto, não poderia estar assim caracterizado, pois preenche características de UBS.

A Unidade Básica de Saúde da Família João XXIII é um serviço com desempenho de atividades voltadas para atenção básica em saúde 100% coberta pelo SUS. Possui duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com 17 profissionais, sendo estes: 02 enfermeiros, 02 médicos, 02 técnicos de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de serviços gerais que trabalha meio período por dia por ser compartilhada com outra UBS. Este quadro destoa do CNES somente no número de técnico e auxiliar de enfermagem, pois, conforme uma trabalhadora da UBS informou em entrevista, são dois técnicos de enfermagem e

não um técnico de enfermagem e um auxiliar de enfermagem, tal como informado no CNES.

Esta UBS possui habilitação com adesão ao Programa Mais Médicos, conforme também consta no CNES e oferece atendimento com um médico cubano. Além disso, na UBS também atende uma nutricionista e uma psicóloga. Os atendimentos da nutricionista e da psicóloga na UBS ocorrem uma vez por semana, com a nutricionista presente a cada 15 dias e da psicóloga toda semana.

Com relação ao quadro de profissionais, vale ressaltar que um médico clínico-geral da equipe atende na UBS apenas 20 horas por semana por prestar atendimento em seu consultório particular, conforme informou uma trabalhadora da UBS. Porém, foi constatado que este mesmo médico está cadastrado no CNES com regime de 40 horas de prestação de serviço nesta UBS.

A cobertura desta UBS é voltada para aproximadamente 7600 pessoas, com extensão territorial para o atendimento de 10 bairros, que são: Jardim Luiz XV, Vila João XXIII, Jardim Brasília, Jardim Imperial, Jardim Ouro Preto Jardim Casa Grande Jardim Belo Horizonte, Jardim Versalhes, Jardim Aeroporto e Jardim Europa.

Embora a UBS tenha um espaço bem reduzido devido ao funcionamento de duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, possui uma boa ambientação. A infraestrutura conta com uma recepção bem reduzida para atendimento dos usuários, sala de enfermagem dividida para consultas quando os dois médicos atendem na UBS, sala para armazenagem de medicamentos, sala de ACS, copa para funcionários, sala para atendimentos clínicos, sala de procedimentos (triagem, inalação, curativos, lavagem de materiais, armazenagem de prontuários), e sala de esterilização que possui somente autoclave, assim os trabalhadores são obrigados a levar os materiais para selar no Centro Municipal de Saúde. Há banheiros para funcionários e usuários. Esta UBS também não conta com farmacêutico, razão pela qual não pode possuir uma farmácia com a distribuição de diversos tipos de remédio, assim só faz a entrega de medicamentos específicos para pressão, diabetes, dor e demais tratamentos sem complexidade.

A Unidade oferta como grupos de prevenção e ação educativa um grupo de Hipertensão, com orientações para pessoas que possuem quadro de pressão alta e diabetes. No entanto, este grupo se concentra somente na entrega de medicação, sem abordagens de educação em saúde.

É importante compartilhar aqui, também, uma grande queixa apontada em entrevista, que é a falta de telefone e internet na UBS. Principalmente a falta da linha telefônica, pois os trabalhadores muitas vezes precisam entrar em contato com os usuários e outros serviços e esta escassez do telefone os obriga a utilizarem o próprio telefone celular, com seus próprios recursos, ou quando isto não é possível, ficam sem a comunicação necessária.

#### **4.1.5 Unidade Básica de Saúde da Família de Alto Porã**

Este serviço está denominado no CNES como Posto de Saúde de Alto Porã, no entanto, devido à sua estrutura, equipes e serviços prestados têm todas as características de UBS, e deveria ser assim denominado no cadastro.

A UBS de Alto Porã tem desempenho de atividades voltadas para Atenção Primária em Saúde 100% cobertas pelo SUS. A cobertura desta UBS é voltada para aproximadamente 3000 pessoas, com extensão territorial para o atendimento de 04 localidades: Sabugueiro, Pindauvinha, Ouro Verde e Alto Porã. E, conforme informou um trabalhador em entrevista, tem um funcionamento por volta de 16 anos.

Está localizada em Alto Porã, distrito de Ivaiporã, cuja característica é mais de área rural. Assim, ainda segundo trabalhador em entrevista concedida, existe uma distância de aproximadamente 21 km da UBS Alto Porã até o Centro Municipal de Saúde de Ivaiporã.

Possui uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, com 05 profissionais e não 07 profissionais como registrados no CNES. Sendo estes: 01 enfermeiro, 01 médica, 02 agentes comunitários de saúde, e 01 auxiliar de enfermagem. A médica e o enfermeiro da ESF estão somente 20h por semana na UBS, na parte da manhã. Durante a tarde prestam atendimento do Centro Municipal de Saúde. No entanto, o enfermeiro está lotado para a UBS, conforme o CNES, para 40h e a médica que está cadastrada no CNES nesta UBS não é a mesma que está prestando o atendimento. A médica atende na UBS somente quatro dias na semana (segunda, terça, quarta e quinta-feira) e apenas na parte da manhã, mesmo não sendo do Programa Mais Médicos. E, embora o estabelecimento tenha adesão ao Programa Mais Médicos e cadastro de uma médica deste programa, foi constatado que na UBS não ocorre atendimento do profissional do programa supracitado. Deste modo, a auxiliar de

enfermagem é a responsável por todo serviço, na maioria do tempo. Além disso, na UBS não tem atendimento de nutricionista e psicóloga como nas demais Unidades.

A instituição acabou de passar por reformas, assim, possui uma ótima estrutura, com salas novas e amplas, com ótima ambientação para o acolhimento da população. A infraestrutura conta com 03 clínicas básicas que são utilizadas para prestação de serviços da enfermagem, médicos e outra reservada para ser consultório odontológico que ainda não possui nenhuma previsão de funcionar. Existe, ainda, 01 sala de procedimentos, que é utilizada para fazer curativos, inalação, etc.; 01 sala de vacina; copa para os funcionários que ainda não tem equipamentos como fogão e geladeira; sala de armazenagem de medicamentos. Não há farmácia com a distribuição de diversos tipos de remédio em virtude da falta de farmacêutico e, desse modo, assim só faz a entrega de remédios específicos. Possui, também, 01 banheiro para funcionários e 02 para usuários; além da recepção, que é bem reduzida.

Para mais, não possui grupos de prevenção e ação educativa, ocorrendo somente a dispensação de medicamentos do Hiperdia. E, possui ainda um Serviço de Ambulância disponível somente para o distrito.

#### **4.1.6 Unidade Básica de Saúde da Família de Jacutinga, Unidade Básica de Saúde da Família de Santa Bárbara e Posto de Saúde da Vila Rural-.**

Aqui será realizada apresentação de três serviços em conjunto porque existe uma única Equipe de Saúde da Família para executar os processos de trabalho nestas três localidades, o que faz, portanto, estarem muito interligados.

Primeiramente, vale ressaltar que no CNES só existem cadastrados Posto de Saúde de Jacutinga e Posto de Saúde de Santa Bárbara, sendo o Posto de Saúde da Vila Rural inexistente para este cadastro. Além do mais, infiro que as UBSs de Jacutinga e Santa Bárbara não podem ser designadas como Posto de Saúde, tal como no CNES, pelas atividades que desempenham.

Jacutinga e Santa Bárbara são distritos do Município de Ivaiporã. A Vila Rural não é considerada um distrito, mas sim uma área rural do município. Desta forma, todas estas localidades possuem uma distância considerada longínqua e de difícil acesso ao centro do município. Como coloca uma trabalhadora da equipe de ESF:

“Uma das questões mais negativas deste serviço é a acessibilidade para as Unidades. Da Unidade Central [referência ao Centro Municipal de Saúde] até chegar é difícil o acesso, porque a estrada não é boa, é ruim e o carro que eles disponibilizam para a equipe, você pode ver as condições. E, dentro da Unidade de Jacutinga para se chegar nas outras duas unidades, Santa Bárbara e Vila Rural, é estrada de chão, não tem outra estrada, então se chove, dependendo, eu não posso ir e fica restrito a ir um dia só para as outras unidades, o que reflete no nosso trabalho executado também” (Trabalhadora da Saúde)

Com o trânsito pelos serviços de saúde, foi identificado que apesar de diversos limites e precariedades colocados a estes serviços, os serviços de Jacutinga e Santa Bárbara podem ser consideradas como Unidade Básica de Saúde pública com desempenho de atividades voltadas para atenção básica em saúde 100% cobertas pelo SUS.

Já o serviço de saúde da Vila Rural, dentro da lógica de equipe e atendimento, bem como a partir do que o DATASUS define como características dos serviços, pode ser considerado como Posto de Saúde, por ser executado em uma infraestrutura reduzida e prestar assistência a uma determinada população de forma programada ou não, por profissional de nível médio, a partir de 02 agentes comunitários de saúde que ficam mais dentro do serviço do que tendo contato com a população, e com a presença intermitente do profissional médico, que comparece uma vez por semana para fazer atendimentos no serviço, bem como se tem desempenho de atividades na localidade de uma enfermeira e um auxiliar de enfermagem, que também não estão presentes todos os dias, pois a equipe é dividida e estes são responsáveis por toda a demanda dos três serviços.

Estas precariedades acima citadas repercutem diretamente no atendimento qualificado à população e na sobrecarga dos trabalhadores, que devem exercer tripla função para conseguir executarem seus processos de trabalho. Como é constatado na fala de uma trabalhadora:

“A falta de funcionários principalmente para Santa Bárbara e Vila Rural é uma questão muito negativa. Isto é onde a população muitas vezes faz reclamação porque fica desassistida. Porque quando a técnica de enfermagem sai por algum motivo ou mesmo de férias, a ACS que é a única da área tem que cobrir, então a comunidade fica desassistida em determinados momentos em Santa Bárbara. E da Vila Rural, são só duas ACS, então fica totalmente desassistida quando não vai a enfermeira, quando não vai a médica, quando não vai o técnico de enfermagem” (Trabalhadora da Saúde)

O total de pessoas atendidas pelos três serviços é de aproximadamente 3200 pessoas. Embora pareça pouco, é muito difícil o atendimento desta população, principalmente para a execução da prevenção como recomenda a ESF, porque são áreas territoriais muito extensas e de características rurais, onde o processo para se chegar até a população se torna muito laborioso justamente pela sobrecarga de funções da equipe.

Ao se ter conhecimento destes serviços *in loco*, se pode notar, também, como a realidade destoava das informações constantes no CNES. Vale ressaltar, novamente, que neste cadastro não está disponível a existência do serviço prestado na Vila Rural, o qual só pôde ser constatado através das entrevistas com os trabalhadores da saúde de Ivaiporã.

A UBS de Jacutinga conta com 10 trabalhadores. Dentre estes: 05 agentes comunitárias de saúde; 01 médica do Programa Mais Médicos que atende nas segundas-feiras e quartas-feiras na UBS de Jacutinga, nas terças-feiras na UBS de Santa Bárbara e nas quintas-feiras no Posto de Saúde da Vila Rural; 02 auxiliares de enfermagem, sendo que um executa atividades nos serviços de Santa Bárbara e Vila Rural; 01 auxiliar bucal; e, 01 dentista. A estrutura desta UBS é bastante precária e reduzida. O espaço é pequeno, as salas são multiuso e a infraestrutura é bastante frágil. Mas, a equipe busca deixar a ambiência do local o mais agradável possível para os usuários. Existe uma copa para funcionários que serve também como sala para as ACS e para a equipe fazer as funções administrativas; há uma sala reservada para procedimentos, curativos, vacinação e atendimentos médicos; há uma sala minúscula para armazenagem de medicamentos e materiais diversos, incluindo autoclave de esterilização. Há uma sala com banheiro que serve como consultório odontológico; uma recepção bem pequena compartilhada com o serviço de Correios, pois por ser uma área distante e considerada rural, a população resgata suas correspondências neste serviço. E, a UBS dispõe, também, de um banheiro para funcionários e um banheiro para usuários.

A UBS de Santa Bárbara possui 01 técnica de enfermagem, que desempenha funções de recepção, serviço administrativo e serviços de limpeza, para além das funções da enfermagem do serviço, bem como possui, também, 01 agente comunitária de saúde. Conta, também, com um espaço muito pequeno, porém muito aconchegante em termos de ambiência para a população. Existe uma copa para os funcionários, 01 sala com banheiro para procedimentos, curativos e atendimentos

médicos, uma sala reduzida para armazenagem de medicamentos e de materiais diversos e uma recepção compartilhada com os serviços de Correios, pois por ser uma área distante e considerada rural, como em Jacutinga, a população resgata suas correspondências neste serviço.

O Posto de Saúde da Vila Rural conta com somente 02 agentes comunitárias de saúde para os processos de trabalho, além da equipe de ESF que executa atividades neste serviço uma vez por semana, bem como possui, também, uma sala para todos os procedimentos e atendimentos médicos com uma pequena recepção.

A UBS de Jacutinga, por contar com equipe de saúde bucal, realiza ações educativas para crianças e adolescentes, no espaço da escola, sobre escovação e demais cuidados necessários. Existe, ainda, na UBS o atendimento de psicóloga uma vez na semana e de nutricionista a cada 15 dias, as mesmas que prestam serviços nas outras UBSs de Ivaiporã. A população de Santa Bárbara que necessita destes serviços é atendida em Ivaiporã, no Centro Municipal de Saúde, e a população da Vila Rural que precisar dos serviços pode acessá-los na UBS de Jacutinga.

Vale expor que nenhum dos serviços conta com telefone fixo e rede de internet. Assim, para desempenhar suas atividades de trabalho, os profissionais devem utilizar os seus próprios telefones celulares e seus próprios recursos.

No mais, como executado nas demais UBSs, estes serviços possuem grupos de Hiperdia, somente para entrega de medicamentos à população com hipertensão arterial e/ou diabetes, sem ações educativas.

Desta forma, as dificuldades que estes serviços encontram, em virtude do esquecimento que acabam vivenciando por estarem distantes de Ivaiporã, atingem negativamente os usuários que possuem o direito de acessar serviços de saúde de qualidade. Como já apontado acima, na apresentação do Centro Municipal de Saúde, o Centro de Saúde é um serviço que centraliza todas as atividades relacionadas à saúde pública do município e, portanto, todos os encaminhamentos que não são resolvidos nas UBSs, o que o torna de difícil acesso para a população das localidades de Jacutinga, Santa Bárbara e Vila Rural. É importante ressaltar que estes são locais com características rurais, sendo que muitos usuários não tem meios de transporte como carro e moto, sendo o andar a pé o único meio de locomoção, pois praticamente não existe o serviço de transporte coletivo nestas localidades. Além disso, como já mencionado e como os próprios usuários afirmam,

para agendamento de consultas e demais demandas, as pessoas tem que chegar no Centro Municipal de Saúde de madrugada, para pegar uma senha e aguardar na fila. O que expressa grande dificuldade imposta para o acesso à saúde pública da população de Jacutinga, Santa Bárbara e Vila Rural. Nas falas de uma trabalhadora:

“Os usuários reclamam justamente dessas dificuldades. Para marcar consulta com especialista não está mais agendando no Posto, tem que ir lá no Posto Central que é longe. Ai entra naquela questão da acessibilidade que é difícil. Pra eles fazerem o Cartão do SUS que é tão importante, que só precisava de um sistema para fazer, eles tem que ir lá no Posto Central fazer o Cartão do SUS, que é tão importante, tão básico. Então, eles reclamam assim: “poxa podia fazer aqui, vocês não podem fazer aqui pra gente?” E agente não consegue, a gente tem que encaminhar eles para lá. E, agendar especialistas, eles tem que ir lá para agendar. E os exames também, eles tem que levar lá no posto, carimbar para aí sim agendar no laboratório e ainda depois voltar para fazer, mesmo lá da onde eles vem que é longe” (Trabalhadora da Saúde).

#### **4.1.7 Unidade Básica de Saúde de Monte Castelo**

A Unidade Básica de Saúde de Monte Castelo não consta no CNES como um serviço de saúde pública e, portanto, para o país é como se fosse inexistente. Seu funcionamento somente foi descoberto a partir da pesquisa, em que alguns informantes mencionaram a sua existência, o que, então, sinalizou a necessidade de conhecimentos sobre sua realidade.

Esta UBS, segundo uma trabalhadora, funciona por volta de 16 anos e executa os serviços de saúde em um “Salão Comunitário/Associação de Moradores das Vilas São José e Monte Castelo”, que é utilizado para atividades da comunidade, inclusive velório. Como aponta uma trabalhadora, ao apresentar a UBS:

“É tudo errado! Se você olhar tá tudo errado... Então, tipo assim, tem dia que a gente até se revolta, porque a gente não tem móveis, a gente não tem nada, a gente não tem condições de trabalho, é quase que impossível o negócio aqui, sabe. Nós temos zeladora que vem somente uma vez na semana, então são as meninas aqui, as agentes comunitárias que ajuda bastante, sabe, que tem uma escala para vir uma vez por semana. Já tentaram tirar a gente daqui, mas a população não aceita. Levaram a gente lá para o Centro Social [onde funciona o atual Centro de Saúde], aí colocaram a gente lá em uma sala, mas não deu certo, a população se revoltou. Eles falam assim: “quem é mais jovem que tem força nas pernas procura lá em cima, mas pra quem é mais de idade não tem como subir lá pra cima”. Na época só tinha o atendimento de médico uma vez na semana. Mas assim, com pouca estrutura, não tem estrutura nenhuma, assim a

gente procurar trabalhar, a população se agrada porque a gente faz o melhor que a gente pode. Então eu não sei quanto tempo que dizem que a gente vai ter uma unidade, mas a gente tá esperando muito tempo já viu. Até então a gente tinha boatos que seria aqui aonde que saiu a Creche nova [a creche fica bem próxima ao Centro Comunitário], aí eu não sei o que aconteceu, mas aconteceu. Aí não sei, sabe, como que vai ficar e a gente tá aí porque eu acho que sair daqui não é um bom negócio, o povo não aceita e eles tão certo porque olha, olha quanto tempo, é um vínculo. O pessoal que faz parte da nossa área fala que se tivesse um posto aqui seria o ideal, facilita a vida deles” (Trabalhadora da Saúde).

Assim, pelo que pôde ser compreendido ao se conhecer o espaço e ao conversar com os trabalhadores, apesar de ser tudo precário, é uma Unidade Básica de Saúde pública com desempenho de atividades voltadas para atenção básica em saúde 100% cobertas pelo SUS.

Possui uma equipe de Estratégia de Saúde da Família composta por 09 profissionais, divididos entre: 01 médica do Programa Mais Médicos, que faz atendimentos no período da tarde, de segunda à quinta-feira; 05 agentes comunitários de saúde; 02 auxiliares de enfermagem; 01 enfermeira. Além de contar também com o atendimento uma vez na semana de nutricionista e psicóloga, como nas outras UBSs.

Somente no ano de 2015 passou a contar com uma equipe própria de Estratégia de Saúde da Família, anteriormente a equipe era compartilhada com a UBS de Alto Porã. Deste modo, a cobertura desta UBS é voltada, sem números exatos, para aproximadamente 5000 pessoas, com extensão territorial para o Jardim Alvorada, Jardim Paraná, Vila Formosa, Bairro Monte Castelo, Vila Planalto, Vila São José e uma parte do Centro.

Como se verificou, a partir da fala da trabalhadora acima reproduzida, o serviço funciona em um local extremamente precário. Possui uma péssima ambiência para os usuários, contando com salinhas reduzidas para os atendimentos à população, divididas entre: sala para atendimentos e procedimentos; sala de recepção bem pequena onde ficam arquivos e medicamentos; copa para funcionários e para guardar outros materiais como de limpeza e até medicamentos do Hiperdia, sendo a maioria dos móveis doados pela população; salão com dois banheiros, lugar onde ficam dispostas cadeiras para a população aguardar atendimentos, bem como onde funciona também toda a atividade de triagem.

O grande descaso do poder público para com este serviço reflete diretamente na qualidade do atendimento da população, como expresso nas falas abaixo:

“A gente não tem armazenagem de medicamentos. A gente tem basicamente o medicamento do mês para o hiperdia, que é somente o que vem pra gente. A gente não tem outros remédios, quando tem consulta é buscado tudo lá no Posto Central porque a gente não tem condições de armazenar medicamento. Então, assim, gente tem o dia certo de fazer o pedido dos medicamentos do hiperdia e é basicamente esses. Outros medicamentos a gente não tem porque a gente não tem como armazenar” (Trabalhadora da Saúde).

“Acontece de a gente estar com atendimento aqui e velório ali. Já aconteceu várias vezes. Então a gente fecha a porta de dentro e abre a de cá, e aí a gente atende aqui e o velório ali. Aí que complica, porque pra você usar o banheiro fica difícil” (Trabalhadora da saúde).

A UBS não conta com o funcionamento de grupos de prevenção e ação educativa. Oferta somente o grupo de Hiperdia, para dispensação de medicamentos.

No mais, também, como as demais UBSs, não conta com telefone fixo e sistema informatizado com internet, obrigando os trabalhadores utilizarem os seus próprios recursos e telefones celulares para as comunicações necessárias.

Desta forma, na visita realizada ao local, fica clara a conduta que é adotada por parte do Estado, de ofertar serviços públicos mínimos para aqueles segmentos em que o mercado não adentra por ser de baixa lucratividade, como diversos autores revistos neste trabalho discutem. Esta decisão do poder público de escolher a quem privilegiará fere diretamente a população e sua qualidade de vida, bem como influencia diretamente na prestação de serviços pelos trabalhadores, que desvalorizados têm sua motivação e satisfação fragilizadas, repercutindo diretamente nos seus processo de trabalho e em sua saúde também.

Assim, como parte desta reflexão e concluindo a apresentação desta UBS, fica aqui registrada a angústia de uma trabalhadora:

“O que me entristece todo dia a hora que eu entro aqui é não ter um lugar limpo para trabalhar. Eu não consigo todo dia estar limpando, quando eu tenho um tempinho eu passo uma vassoura, arrumo, limpo, mas poderia ter alguém aqui para limpar todos os dias pra gente, pelo menos meio período, que dá um ambiente melhor, porque que nem eu falo, a gente não tem um ambiente adequado mas poderia ficar pelo menos limpo para podermos nos sentir melhor aqui e para atender as pessoa melhor também” (Trabalhadora da Saúde).

Com os dados apresentados acima, somados aos disponibilizados ao longo deste trabalho, visualiza-se em Ivaiporã/PR o enorme precedente que o Estado abriu

ao mercado nos serviços de saúde, possibilitando assim grande desigualdade entre serviços públicos e privados ofertados.

Destarte, nota-se que o poder público em Ivaiporã/PR vem realizando ações mínimas para a saúde pública. Os dados são distorcidos, vide CNES que distorce a realidade. Os trabalhadores são sobrecarregados e desvalorizados, vide uma única trabalhadora da limpeza que deve desempenhar funções em três UBSs. O trabalho nas comunidades é pomenorizado pela burocracia, vide escala de agentes comunitárias de saúde em todas as UBSs para que auxiliem todas as tardes em tarefas administrativas. As estruturas e a falta de equipe afetam o atendimento à população, vide usuários não poder expor suas necessidades, no essencial serviço de triagem, de forma privada e qualitativa, dado os trabalhadores precisarem encaminhá-la de maneira rápida para atender as demais pessoas e cumprir todas as suas funções. Os serviços privados atendem mais à população do que os serviços públicos, vide número de estruturas públicas e privadas e o número existente de convênio SUS com os serviços privados, e mesmo assim, não dão conta de todas as necessidades já que no mês de junho do corrente ano os usuários só conseguiram agendar consultas com alguns especialistas e marcar alguns exames para o mês de outubro. Tudo isso aponta para o comprometimento dos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, tão aspirados pela sociedade e previstos pelo SUS.

Ao transitar pelos serviços de saúde pública do município e ao ouvir os trabalhadores e usuários destes serviços, é fácil perceber que no município o poder público investe o mínimo no funcionamento da saúde pública. Analisando isto na esfera da Atenção Básica de Saúde (ABS), fica claro que o mínimo interesse e investimento neste nível de complexidade decorrem do seu baixo custo e da sua capacidade de resolução de problemas, de modo que ao se empregar recursos na ABS o município não disputa com o mercado capitalista e ainda exalta que investe na saúde pública. Conforme ressalta uma trabalhadora ao discorrer sobre a importância da Atenção Primária em Saúde e como o município a conduz:

“A Atenção Primária é investimento barato. É o investimento mais barato que tem e é o que menos se faz. Quando eu vejo no jornal, nossa o hospital conseguiu 15 respiradores, eu não fico feliz né, e a população que vê acha um máximo: “nossa equipou o hospital!”. Mas eu não fico feliz, eu falo o que que adianta você ficar investindo em uma coisa que é extremamente cara,

que não vai conseguir salvar o indivíduo? Porque quantos que eu recebia lá na UTI com AVC, com 30 anos, as vezes com 30 e poucos anos e a pessoa tendo AVC, ai eu pensava assim: “gente cadê a atenção primária pra tá atuando antes pra esse indivíduo não chegar muitas vezes a ficar acamado?” Com 40 anos hoje em dia as pessoas tem AVC, não é mais com 80, eu vivenciei muito disso quando estava na alta complexidade. Então a atenção primária, a atenção básica ela é tudo, é o que vai fazer a parte de integração, que é o mais barato e o mais necessário de se fazer em todos os sistemas, você pode trabalhar todas as áreas da saúde, então é de extrema importância. Se não tivesse isso aqui, eu não sei como estaria, Ivaiporã já teria que ter construído outros hospitais e outros pronto-atendimentos porque não ia dar conta da demanda. Mas eu acredito que o pouco que a gente pode fazer, apesar de todas as dificuldades, né, como o acesso, a falta de profissionais, eu acredito que já faz uma grande diferença” (Trabalhadora da Saúde).

Conforme as entrevistas realizadas com os trabalhadores da saúde, Ivaiporã/PR conta com apenas 08 equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo que somente há um ano teve ampliação destas equipes, que passou de 05 para 08. No entanto, em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas algum trabalhador ressaltou a sobrecarga de trabalho em todos os setores e a necessidade de ampliação das equipes com contratação de mais profissionais, dado o número grandioso de população que atendem. O que fica evidente, também, na apresentação de cada UBS, que as equipes de trabalho atuantes, considerado o tamanho da população que cobrem, são reduzidas para os números de atendimentos, extrapolando excessivamente o número máximo de equipe e atendimentos que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê.

Além desta questão de sobrecarga do trabalhador, com desempenho de múltiplas funções em todas as UBS, em virtude do número reduzido de profissionais, há ainda uma questão informada por uma trabalhadora, acerca da precarização do mundo do trabalho que a política neoliberal impôs aos trabalhadores e que o Estado acatou para não afrontar o mercado. No ano de 2014, o poder executivo abriu no município um concurso para contratação de equipes em todas as áreas. Para a área da saúde teve-se a abertura do concurso em duas modalidades, estatutária e em regime CLT, para a prestação da prova no mesmo dia, uma modalidade no período da manhã e outra na parte da tarde. Isto demonstra claramente o sucateamento dos serviços públicos, que devem dar estabilidade para os profissionais ofertarem serviços de boa qualidade, bem como expressa a imposição de uma segregação entre os trabalhadores, onde alguns terão plano de carreira, estabilidade e um maior valor do salário e outros não, ao passo que desempenharão as mesmas funções.

Para a contratação de profissionais com atuação na ESF a modalidade de admissão é sob o regime CLT com a justificativa que é um programa do governo e não uma política estatal e, assim, pode ser extinto e o contrato encerrado. O fato abre precedente, também, para interferências na qualidade de prestação deste serviço, ao passo que quando o trabalhador não tem estabilidade, além de procurar outros espaços sócio-ocupacionais que lhe garantam isso, fragilizando então o seu processo de trabalho, fica comprometida também a qualidade das atividades desempenhadas com a desvalorização deste trabalhador.

Diante desse quadro, é possível analisar que a atenção básica em saúde no município não funciona como articuladora dos outros níveis de saúde porque não consegue ser colocada em exercício na totalidade. Faltam muitos elementos na saúde pública em Ivaiporã/PR a serem investidos pelo poder público, para que a ABS cumpra com o seu papel de prevenção e articulação dos demais níveis de saúde. As equipes dos serviços ainda são mínimas e centradas nos médicos e enfermeiros. Faltam profissionais de diversas outras áreas para um atendimento integral das demandas da população. O atendimento da nutricionista é somente 20 horas semanal para todo o município e o da psicologia, no momento da redação deste trabalho, estava suspenso porque a única trabalhadora que o exerce está de licença. Os trabalhadores não contam com o exercício de educação permanente porque não lhes é oferecido. As UBSs não ofertam grupos de prevenção e educação em saúde para discutir junto com as comunidades as suas necessidades. E, além disso, não possuem mapeamento com a identificação das famílias e seus quadros apresentados de principais necessidades, doenças, etc., eixo sublinhado pela PNAB como importantíssimo para a execução de atendimento qualificado à população, que vá de encontro às suas reais necessidades.

#### **4.2 AS POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO E CONTRIBUIÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ/PR**

A partir da pesquisa de Iniciação Científica, como já mencionada ao longo deste trabalho, foi levantado nas falas dos trabalhadores de todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Ivaiporã/PR a necessidade de ampliação das equipes multiprofissionais, para além de médicos, profissionais da área de enfermagem, psicóloga e nutricionista que desempenham ações nas

Unidades Básicas de Saúde do município. Assim, depois de exporem esta necessidade, foi questionado aos trabalhadores como eles entendiam a possibilidade de ter na composição da equipe multiprofissional o(a) assistente social e as respostas obtidas foram as mais positivas possíveis, como é apresentado abaixo:

“Olha, era muito, muito, muito bom, sabe por quê? Porque a gente tem bastante problema, assim, igual as vezes a gente, por exemplo, tudo que não é da nossa, né, em relação à área da saúde a gente tem que passar pro CRAS ou pro CREAS, dependendo do que for né, se for um caso de abandono, a família não quer cuidar, aí é o CREAS pra eles irem atrás. Aí, teve um dia que é, tinha uma paciente da nossa área com um bebezinho, uma criança, aí a agente de saúde de nossa equipe passou lá né, e ela tava sem água, já fazia três dias que não tinha dinheiro para pagar agua e que a criança estava com diarreia, ai, que que eu fiz da nossa parte, né?! A gente arrumou soro de hidratação oral, né, eu orientei ela, porque como era só diarreia e aquele dia a gente não tinha médico, então assim, eu orientei ela, dei remédio pra dor, dei o soro de hidratação oral, tudo, né, e falei pra ela que se não melhorasse era pra ela procurar o hospital, porque eu acho que era numa sexta-feira, acho que era. Aí eu liguei pra assistência, porque era um caso que a assistência também já tava acompanhando, o CREAS, aí tipo assim, eles quiseram questionar porque que eu liguei pra eles, aí eu falei assim: “ué, a mulher tá sem água, não é minha função verificar essa parte da assistência, que o marido, que a família dela, não tem dinheiro, essas coisas né, a minha função é cuidar da parte né da saúde, da criança”. Aí, não sei o que, não sei o que... tipo, eles vão empurrando sabe, ninguém quer resolver nada. Igual, as vezes, teve um outro caso de um paciente da nossa área que a gente foi com a psicóloga, inclusive, que ele, ele é deficiente mental né, ele tem esquizofrenia também, é são dois irmãos, aí a gente recebeu uma denuncia, que disse que ele e o irmão um saiu e deixou o que tem problema trancado em casa, né, aí a gente foi, fez visita, fizemos a nossa parte em relação à saúde, mas assim, a gente comunicou o CREAS, por quê? O cara tava mantendo ele em cárcere privado praticamente, então não era nosso, e ele que fica com o cartão de aposentadoria do cara e não trabalha, então, ou seja, ele gasta o dinheiro do cara e deixa ele trancado em casa. Então assim, aí fica um empurrando, aí não é eu que faço, não sei o que, né, então assim, é coisa que são função dele e eles não querem resolver. Então, claro que se tivesse um assistente social aqui talvez também seria melhor pra eles, porque acabaria também diminuindo a sobrecarga né” (Trabalhadora da saúde da equipe de ESF da UAPSF).

“Nossa, seria excelente, excelente. A gente tem muito problema social, né, embutido aí no processo saúde e doença que eu acho que acaba culminando na doença na verdade, né, gerando lá no começo. Então, assim, a gente tem bastante, tem assim, alguns que são confirmados, outros são só suspeita, de abuso infantil, é, maus tratos, então assim, várias dessas coisinhas, muito usuário, problema de saúde mental, a gente tem bastante paciente da saúde mental que pegam medicação todo mês, que tem receita controlada, bastante paciente que faz acompanhamento no CAPS, então assim, seria um ponto, onde o assistente social seria o complemento de tudo isso, sabe?! Então seria maravilhoso, porque a gente tem uma demanda muito grande” (Trabalhadora da saúde da equipe de ESF da UBS Vila Nova Porã).

“Ah, eu acho que é muito importante, porque é, a gente acaba atarefando o CRAS, o CREAS, com os procedimentos que se tivesse uma assistente social né, iria diminuir bastante a sobrecarga que eles tem. [E daí, eles conseguem atender a demanda de vocês tranquilo?] Tranquilo não, as vezes vai meses porque, igual, a gente notifica um caso, daí a gente pergunta e respondem: “ai não deu pra ir lá ainda”, então é, num dá, eu acho muito corrido pra eles atender a população toda, daí” (Trabalhadora da saúde da equipe de ESF da UBS Vila João XXIII).

“A gente já pediu já, já pediu já. Primeiro que a nossa assistência social não faz serviço de assistência social, ela fica lá no serviço do COAS lá, não sei como foi a entrada dela há muitos anos atrás, aí ela ficou lá e eu acho que ela precisa ficar lá. A gente já pediu já, porque toda vez que a gente precisa a gente tem que encaminhar pra outro lugar, pro CRAS, pro CREAS. Então assim, se tivesse assistente social na saúde facilitaria o nosso serviço também, por causa disso. A área tem a necessidade.” (Trabalhador da saúde da equipe de ESF da UBS Alto Porã)

“Tem o Nasf né, como seria bom ter um Nasf, que iria apoiar nós aqui. O Serviço Social, por exemplo, faz muita falta. Nós temos um usuário, é, ele tem epilepsia e ele tem uma esposa que tem problema mental também, dois filhos pequenos, condição precária, e ele ganha por dia, ele não tem carteira assinada, então quando ele cai lá no meio, ele, a esposa dele esses dias veio na Unidade e fazia três dias que não via ele, nem sabia que ele tinha sido internado, ele foi achado pelo pai, então, uma história assim, então a gente tá tentando uma aposentadoria pra ele. Então, eu tenho que ir lá, eu tenho que fazer a puericultura das crianças, eu tenho que cuidar do preventivo dela, eu tenho que cuidar, né, da psiquiatria dele pra ele poder passar com psiquiatra, que o certo é ele agendar mas nesses casos eu vou lá no Posto Central e agendo, e eu preciso aposentar ele, então eu pedi auxílio ao CRAS, que só tem uma assistente social né, que vê a parte da saúde. Então né, a gente não tem assistente social né, fica desfalcado, e esse profissional pra mim seria importantíssimo pra ver essa parte, né, porque a gente não dá conta, a gente não dá conta de ver tudo. Então né, eu queria muito aposentar ele, seria assim a solução, não seria assim a resolução de toda aquela família, mas ajudaria muito, muito, muito. Então, nossa, Serviço Social, né, a gente precisa muito, nossa faz muita falta. O trabalho da semana da mulher que a assistente social fez, as assistentes sociais, foi muito bacana, muito legal” (Trabalhadora da saúde da equipe de ESF das UBS Jacutinga e Santa Bárbara e do Posto de Saúde da Vila Rural).

“Nossa, seria perfeito! Sabe, assim, vem situações assim que você precisa, que você sabe que tipo, porque assim eles acham que tudo é a saúde sabe, acaba assim que se tivesse um profissional dessa área pra poder tá socorrendo agente aqui, tá respondendo, porque tem coisa que você não sabe responder em questão dessas áreas, eles acha que a gente tem que dar a receita pronta pra eles, então menina seria perfeito. Porque oh, da nutricionista e da psicóloga a gente se via em situações assim bem complicada e agora a gente já pode pedir socorro né, sabe assim, seria perfeito ter uma assistente social” (Trabalhadora da saúde da equipe de ESF da UBS Monte Castelo).

De posse destas falas positivas sobre a inserção do(a) assistente social nas Unidades Básicas de Saúde do município de Ivaiporã/PR, em que os próprios trabalhadores das equipes problematizam a ausência deste profissional e

demonstram a necessidade, relatando, ainda, como é difícil encaminhar ações da política de saúde para a política de assistência social, já que o município tem uma grande escassez de profissionais de Serviço Social na saúde, ocorreram então várias indagações que culminaram no objeto deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que visa discutir as possibilidades de inserção e contribuição do(a) assistente social na atenção básica em saúde.

Para tanto, o primeiro passo tomado, após as reflexões à luz de expoentes que discutem este assunto, foi entender através da configuração da gestão municipal as questões que se aproximavam desta escassez e que, então, pudessem justificar a ausência de assistentes sociais na atenção básica em saúde do município de Ivaiporã/PR. Desta forma, seria necessário ouvir o Secretário Municipal de Saúde, responsável pela gestão da política de saúde do município, como também seria interessante ouvir a Direção da 22ª Regional de Saúde, já que as Regionais de Saúde tem por finalidade assessorar e avaliar a condução da política de saúde do Estado de modo a assegurar a qualidade desta política, e dado que em Ivaiporã/PR encontra-se a sede da 22ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Assim, como já relatado no item “Procedimentos Metodológicos” deste trabalho, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com o objetivo de subsidiar como se dá o entendimento destes sujeitos acerca da atenção básica em saúde e acerca da inserção do(a) assistente social nesta política.

Sobre a política de atenção básica em saúde, foram realizadas algumas indagações às autoridades que respondem pela política de saúde no município de Ivaiporã/PR, que poderão ser visualizadas logo abaixo, seguidas das respostas:

“O que o(a) senhor(a) entende por atenção básica em saúde?”:

“Bem, a atenção básica é fundamental na saúde. É, se ela fosse é, se ela fosse mais bem, como que eu posso dizer? Mais bem executada, melhor executada, ela seria assim fantástica. As saúde gastaria muito menos dinheiro com a média complexidade e a alta complexidade, só que deixa a desejar um pouco” (Diretora da 22ª Regional de Saúde).

“Olha a atenção básica ela é a porta de entrada do usuário dentro da área adscrita dentro daquele território. Teoricamente ela teria que responder a 80% das demandas que o usuário teria na comunidade, mais isso ainda não é o que a gente vivencia. Hoje a gente tá num processo no Paraná de capacitação da atenção básica e de estruturação dessas unidades, porque atenção primária ou atenção básica ela é sempre vista assim como a mais fraca, não é a atenção primeira né, não era pra ser a melhor atenção, ela é a pior né, dentro de outras características porque ela pode ser feita em qualquer lugar, a unidade pode ser precária, os profissionais são caracterizados como ruins né, a população vê a unidade básica de saúde

como um serviço menos qualificado do que uma atenção hospitalar, certo? Já é pública já ganha rótulo de ruim, por ser primário né, por ser unidadezinha assim de saúde, acredita que ali é feito só serviços básicos que não são de emergência e que não necessita de pessoas qualificadas. É, e a gente tá num processo de mudança porque o profissional da atenção básica ele precisa tá muito capacitado, muito preparado. E não é preparado só ao atendimento da população, é conhecer o perfil epidemiológico daquela área, saber intervir, reconhecer as doenças prevalentes, reconhecer as relações e os processos de trabalho, reconhecer como que a equipe multiprofissional pode fazer a diferença dentro daquelas situações, né. E não só como uma unidade de atendimento médico e que gera receita e entrega de medicamento, que isso é a coisa mais básica e o senso comum da população. Mais pra gente conseguir isso a unidade básica ela tem que tá adequada, né, ela tem que tá com o mínimo de equipamento necessário, ela tem que tá pintada, ela tem que ter sala, né. Então quando você constitui ainda, há alguns anos atrás a unidade básica podia ser qualquer lugar desde que você tivesse profissional para atender você não embasa ela de toda força que ela precisa, certo?” (Secretário Municipal da Saúde).

Outra questão colocada foi: “Como o(a) senhor(a) avalia as políticas do Sistema Único de Saúde que são voltadas para a atenção básica em saúde? / O(a) senhor(a) acredita que as políticas de saúde tal como propostas pelo SUS estão funcionando bem na atenção básica em saúde de Ivaiporã/PR?”

“Olha as políticas dos SUS são boas, o que deixa a desejar as vezes é na ponta, porque as vezes vem um dinheiro, um recurso, para tal coisa, você gasta com tal coisa. O pessoal eles não se informam direito sabe?! É, tem aquelas pessoas que não são comprometidas com o que fazem, que deixam de usar o dinheiro certo na coisa certa, entendeu? Se não poderia ser muito melhor. Eu acho assim que há uma grande falta de comprometimento do profissional na ponta. Poderia estar melhor, já devido a essa falta de comprometimento das pessoas. É, o SUS, o plano é bom!” (Diretora da 22ª Regional de Saúde).

“Olha é, a maior parte do serviço que a gente executa não são discutidos pela população né, a população ainda tem aquela visão da doença aguda né ,então adoeceu eu procuro atendimento caso o atendimento seja bom é avaliação de saúde que eu tenho, certo? E a atenção primária ela não visa isso só, a gente trabalha com consulta agendada, né, a gente trabalha dentro dessas crônicas que é o que mais mata o que mais interna o que mais adoecer certo? Com, com as pessoas em todos os ciclos de vida, né, no nascimento, na infância, na idade adulta, no idoso. As políticas de saúde são parecidas com atenção básica que são o braço dessa política junto com as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental do trabalhador, então ela é tão complexa, é tão grande certo? Mas a impressão e o senso comum da população observa a atenção básica só quando é bonita, ela também tem que tá preparada para casos de abuso mas esses não é o objetivo principal dela, ela é fomentada para educação em saúde, para promoção certo? Então, respondendo a tua pergunta, se você acha que do jeito que ela tá organizada ela dá conta, ela deveria dar né, e ela não dá primeiro porque as pessoas não sabem se ela dá ou não, porque tem muitas coisas que a gente executa e muita coisa que a gente atinge todas as metas estabelecidas mas isso não é, não é direcionado e nem falado nem nada e também não existem preocupação da população

para isso, né, não tem um olhar assim. Então, quer dizer que se vocês realizaram tantas coletas de preventivo vocês alcançaram as metas da sua área isso significa que você está prevenido do câncer de colo de útero, mas isso não é uma coisa que a sociedade quer discutir, ela quer discutir o seguinte: “Se aparecer uma pessoa agora com câncer, o que vocês vão fazer? Ela vai ter condição de ter tratamento, de encaminhamento?” Então a organização civil ainda observa a saúde de fato, da pessoa, depois que ela já adoeceu e fez o diagnóstico para frente e não as ações anteriores. É, ela, a atenção básica de saúde no Brasil, ela tá num processo de transformação principalmente no estado do Paraná. A gente tem, eu já trabalho a bastante tempo na Secretaria de Saúde e vejo como a atenção básica tem é, é se organizado. Primeiro pela estrutura científica que os profissionais estão tendo, de não se portar com profissionais primários como se tratasse de profissionais sem a base técnica. Cada nível de complexidade do SUS, seja de atenção primária ou secundária tem níveis de conhecimento diferentes, eles se alinham, mas não significa que o setor mais complexo seja mais importante do que o primário porque ele trabalha com tecnologia cara, né, com máquina, etc., mas a nossa é tecnologia humana, certo? Né, a gente precisa identificar isso para poder trabalhar direitinho” (Secretário Municipal da Saúde).

Já, sobre a inserção do profissional assistente social na atenção básica em saúde, foram indagadas, às autoridades que respondem pela política de saúde no município de Ivaiporã/PR, questões sobre o entendimento da profissão e da compreensão de sua importância na política de saúde, como visualiza-se abaixo estas questões, seguidas das respostas:

“O(a) senhor(a) conhece a profissão de Serviço Social? / O(a) senhor(a) saberia dizer o que este profissional de Serviço Social, o(a) assistente social, faz/realiza? / O(a) senhor(a) entende que seria importante ter o(a) assistente social nas equipes de trabalho das UBSs?”

“É, eu sei te falar pouco sobre isso, vou saber te falar. Eu acho que é de fundamental importância na atenção primária porque eu acho que ela ajudaria assim a fazer tipo uma triagem, né, devido as condições socioeconômica dos pacientes. É, eu acho assim que eles são bem preparados para é, estar lhe dando com essa população. Não sei muito o que o Serviço Social faz. [O que você acha que o profissional poderia fazer para além disso, de triagem, na saúde?] Acho que junto com a Ouvidoria também seria excelente né, mas mais coisa assim mais ampla eu não sei mesmo. [Não tem assistente social na 22ª Regional?] Não, não tem nenhuma. É, vai abrir um concurso acho que no ano que vem, só não temos data ainda, mas serão 2146 vagas o concurso e nós já fizemos o nosso croqui aqui de profissionais que a gente pretende né, depois que houver esse concurso, a gente tá solicitando e nós incluímos assistente social. [Por que vê a necessidade?] Porque, devido a estar em contato com esse pessoal né de, é, é. [Saberia dizer por que não tem na Regional ainda?] Não sei te dizer. Eu acho que já teve, daí não sei quem transferiu. [E nos demais municípios que a 22ª Regional é responsável, tema assistente social na atenção básica?] Olha, não sei te informar sobre todos os municípios, assim de prontidão não, mas eu posso levantar se você quiser!” (Diretora da 22ª Regional de Saúde).

“Olha eu sei o que é o Serviço Social e considero muito importante o profissional. Agora a gente tem que ver um pouco da trajetória histórica-política do município pra poder entender porque que o profissional de Serviço Social não tá inserido dentro do serviço de saúde, né. Será que é falta de, de, de vontade do gestor? Será que é por que as pessoas não valorizam? Aí a gente tem que caminhar, oh, você estudou, você sabe que até então a política de assistência social era assistencialismo barato mesmo, né, tanto que funcionava nesse pavilhão aqui, aqui que era o setor de assistência social antigamente, depois com as políticas né, o fortalecimento do CRAS, do CREAS, né, com a chegada da Universidade, trouxe outros saberes né, outros conhecimentos e a política ficou também é mais transparente, né, mais definida, mais organizada. Então, o assistente social, a assistência social, era feita pela primeira dama, era dar é assistencialismo pra pobre, distribuir cobertor, distribuir comida, dá passagem, certo? É, uma das coisas, por exemplo, que que tem dentro dessa trajetória é que o serviço de saúde assume muitas competências da assistência social, por exemplo, a gente tem uma relação de medicamentos básicos municipais que é a Remune, mas existem muitos medicamentos que as pessoas procuram que não estão nesta listagem, a gente, é, isso em muitos municípios é de competência da assistência social, é, oh, o setor de assistência social vai na casa da pessoa, traça o perfil social daquele usuário, certo? E se vê realmente que tem necessidade que o serviço compre o medicamento, eles compram o medicamento pro paciente. A gente faz é distribuição de fralda, isso tudo através de conta livre porque isso não pode ser gasto como, não pode ser contabilizado como gastos em saúde, sabe? Também é uma atribuição do Serviço Social, né? É porque dentro da lei 41 é, esse tipo de gasto ele foge do que é competência da saúde, cê tá fazendo em tese assistencialismo. Pode parecer “ah, mas uma pessoa acamada precisa de fralda!”, mas é, a, a, o item fralda é a mesma coisa que falar de óculos, prótese, né, eu não posso pegar e começar a distribuir prótese a torto e direito porque é assistencial, é, é, é, eu tô mudando o conceito de promoção de saúde e transformando isso numa distribuição de alguma coisa pras pessoas ficarem contentes ou associar isso a uma política, ou a voto, né. Bom, então o serviço era constituído dessa forma. A Secretaria de saúde tem uma assistente social dentro do quadro há mais de 15 anos, quando ela entrou tava bem na época, é, das doenças transmissíveis, a gente não falava de doença crônica, o que matava no Brasil era doença transmissível, então a assistente social nesta época foi inserida dentro deste contexto, tinha que eliminar a AIDS, tinha que eliminar a tuberculose, tinha que eliminar a hanseníase, né, e ela veio pra cá nessa época pra trabalhar com esse público, né, pra poder fazer aconselhamento, ainda eram doenças que tinham muito tabu, que os outros profissionais de saúde não conseguiam é ter contato, é conversar, discutir, né. Quando ela entrou no serviço ela assumiu essa parte e assumiu também um dos ramos da, do serviço de média complexidade que é a órtese e prótese, né, que foi depois da criação dos PSFs e que o SUS foi é sendo descentralizado pros municípios, então o que era um, responsabilidades estaduais, passou a ser responsabilidades municipais, então você precisava de um profissional que fizesse um perfil de, de, de risco do usuário, né, um perfil socioeconômico do usuário pra aquisição das órteses e daí ela entrou também né, ela também é responsável pelas órteses e próteses. Aí a, o assistente social pra comunidade não existia dentro da saúde, mas também não existia dentro da assistência social, então você imagina se o setor de assistência social que onde forma o profissional, né, que é onde o profissional deveria tá inserido né, não tinha o assistente social naquela, ele tava cuidando do Bolsa Família, né, do, do, dos programas de transferência de renda, etc., ou era enfraquecido, como que essa política tava no município pequeno tava vinculado aos outros setores se dentro do próprio setor ela era fraca, né? E agora a gente viu o

crescimento, o desenvolvimento da política, é do SUAS, da importância do assistente social dentro da comunidade e da importância do assistente social dentro dos aparelhos de saúde, no hospital ele é muito importante, né, não é só na saúde pública, na saúde pública pra matriciamento ele é muito importante, por imagina: “ai eu vou querer um assistente social pra cada unidade”, daqui a pouco ele tá fazendo visita, é, é, é vendo riscos de famílias de todos os agentes. No meu ver não é isso, um assistente social, por exemplo, dentro de uma Secretaria de Saúde que fizesse um serviço diferente do que a gente já tem, porque eu falo, não tem como tirar a minha assistente social que trabalha comigo e desvincular ela desses programas porque as pessoas também necessitam de orientação pra aconselhamento pra hipótese de testes de doenças transmissíveis, pro programa de órtese e prótese, hoje ela também é minha ouvidora, né, ela que recebe as queixas né relacionadas da população, então ela faz um link entre a população, o cidadão, e o serviço, pra ela ir pra comunidade, pra identificar os riscos sociais que são inseridos e a relação desses riscos com a saúde. O assistente social faria matriciamento, ele vai participar da equipe, ele vai entender as equipes, mas é a equipe que vai sinalizar pra ele “olha vamo lá naquela família porque tá acontecendo isso, isso e isso”, né, e lá eu não vou precisar só do assistente social, eu vou precisar da psicóloga também, então como a gente tem deficiência desse quadro a gente solicita sempre a ajuda dos assistentes que são nos outros aparelhos, né, é numa situação já de risco a gente já chama o CREAS, numa situação que de eminente né, o que tem que fazer promoção, a gente aciona o CRAS, solicita mediante relatório, pra fazer a junção dessa rede, certo?”(Secretário Municipal da Saúde)

A partir das falas apresentadas acima, pode-se considerar, então, que a questão de não ter assistentes sociais nas equipes da política de atenção básica em saúde no município de Ivaiporã/PR pode ser resultado de duas problemáticas centrais: como a política de atenção básica é visualizada pelas autoridades e como a profissão é reconhecida neste município.

Sobre a política de atenção básica, as falas da Diretora da 22ª Regional de Saúde e do Secretário Municipal da Saúde são expressivas, além das falas dos trabalhadores da saúde de Ivaiporã/PR que já foram anteriormente resgatadas na apresentação dos serviços de atenção básica do município, que esta é uma política ainda muito desvalorizada por parte do poder público. Ao se resgatar o autor Elias (2003), utilizado nas reflexões no Capítulo I deste trabalho, compreende-se nitidamente que o mínimo interesse e investimento na atenção básica em saúde é resultante do modo como a política de saúde em sua totalidade é regida no município, reflexo também da conjuntura neoliberal que vivenciamos. A lógica da produção de serviços e financiamento, a partir da forma como o Estado e o mercado conduzem o acesso da população para os diferentes níveis de complexidade da saúde, se dá através de um padrão de organização excludente e iníquo que destina ao setor público a responsabilidade pelos estabelecimentos de mais baixo custo ao

passo que o serviço privado se concentra nas atividades mais lucrativas de nível hospitalar e consultas médicas. Assim, se faz o mínimo do mínimo para aquilo que é de responsabilidade pública e lhe atribui justificativas dispersas, pois a sobrevivência da ideologia neoliberal depende destas fomentações.

Quando se resgata teoricamente como se configura a política neoliberal e como esta rebate nas políticas sociais, não se trata de meramente trazer “tipos ideais para o papel”, mas sim, tem-se o objetivo de demonstrar que tal política está nitidamente presente no dia-a-dia, na realidade objetiva. Quando o responsável pela política de saúde no município de Ivaiporã/PR verbaliza que o maior problema da atenção básica em saúde é a cultura da população, a forma de entendimento da população sobre esta, e que os processos de trabalho devem ser realizados nesta política por equipe mínima e com a presença de outros profissionais, de outras áreas, somente para apoio, avalia-se que é um pensamento que serve para reforçar a desigualdade social que é reproduzida na saúde, não havendo uma preocupação, acima de tudo, com qualidade. Como já problematizado anteriormente, a partir de Souza (2011), o senso comum é um campo muitas vezes utilizado pelo Estado, que aqui pode ser visualizado pelo poder público, pelo capital e por teorias científicas, para escamotear a realidade e justificar as desigualdades devido ao fato da população viver em uma sociedade meritocrática, a qual reivindica para si aspectos democráticos ao falsamente dar “igualdade de oportunidade para todos”.

Esta é uma ponderação que pode ser nitidamente visualizada na questão que será trazida a seguir, a qual surgiu durante as entrevistas. A partir da insistência do Secretário da Saúde em colocar que o grande problema dos serviços públicos é a cultura da população, que ainda reforça uma prática clínica e médica-centrada, foi aberto um diálogo com este para refletir sobre este posicionamento, dado que os serviços não oferecem exaustivamente ações e tampouco equipes que possam exercer processos de trabalho para além de condutas clínicas, cooperando assim para que o entendimento de saúde pela população pudesse ser modificado.

Note-se a seguinte problematização construída pela pesquisadora num diálogo com o entrevistado:

“Quando a gente conversou sobre atenção básica, você trouxe várias problematizações desta política, disse que um dos nossos problemas, no Brasil como um todo, é a nossa cultura de ainda ter uma visão centrada no médico, no enfermeiro, de a população não conseguir entender o trabalho da prevenção, da

promoção em saúde. Então, queria problematizar com você algumas questões para ver o que você entende, pois houve um percorrer nas Unidades Básicas de Saúde do município e nelas, basicamente, a gente só encontra técnicos ou auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos, quando muito, tem a presença do nutricionista a cada 15 dias e do psicólogo uma vez por semana. O que acaba sendo muito voltado ainda para a prática clínica, pois o profissional não está alocado no serviço para pensar em prevenção e promoção de saúde. Assim, gostaria de perguntar e problematizar com você, dentro disso tudo, como que a gente pode pensar, discutir essa questão da promoção e prevenção de saúde e falar da cultura da população, se as nossas equipes nos serviços ainda são muito reduzidas e quando elas ultrapassam do médico, do enfermeiro e dos profissionais da enfermagem, ainda é uma prática muito clínica e intermitente? Como que você visualiza essa questão das equipes multiprofissionais, que embora a Política Nacional de Atenção Básica coloque que a equipe mínima tem que ser o médico, o enfermeiro e técnicos ou auxiliares, a política dá o entendimento que é só para o serviço existir, pois se a gente for pensar em promoção e prevenção de saúde, as equipes tem que ser para além do mínimo, então como você visualiza esta questão?”

“Então aí tem duas coisas oh, primeiro que é, talvez você tenha visto um recorte do que é, do que a equipe multiprofissional faz, a gente tem ali técnica de 15 em 15 dias, a, o, os profissionais eles vão sim pras Unidades pra fazer atendimento clínico, mas eles fazem o matriciamento com as equipes. É que na verdade você não precisa de um nutricionista por Unidade, você precisa de um nutricionista porque ele vai atender os casos referenciados e ele vai orientar a conduta da equipe, vai orientar a promoção de saúde pelo agente de saúde. Então isso a gente faz bastante né, são as equipes de matriciamento da atenção básica que é o que o Nasf faz, né. Então você não precisa ter número de pessoas, número em, de, de, de funcionários multiprofissionais. Você precisa ter o funcionário porque a visão dele perante aquele caso e ele dentro da equipe ele vai fazer um atendimento clínico porque é necessário, mas ele também vai fazer o matriciamento, então por exemplo, se a gente vai fazer uma campanha que ele tá envolvido é ele que vai fazer com que aquilo ali venha a acontecer e como que a equipe tem que se comportar frente aquela situação. A psicóloga ela faz o atendimento que a, a, a equipe solicita, mas ela também tem os momentos de reunião com cada equipe e reunião com toda equipe da Secretaria, certo? Eu, então eu concordo porque eu falei que a, o atendimento ele ainda é assistencialista, mas eu discordo que o profissional vai lá só pra isso, né, talvez é um recorte que você tenha observado naquele momento. [Estou problematizando com você porque você traz a sua visão enquanto gestor e, assim, quando a gente conversa nas Unidades com os trabalhadores eles colocam a dificuldade dessa equipe mínima, porque ainda é muito rápida a presença de outros profissionais nas unidades, quase não existe e os processos de trabalho são muito atribulados ainda, então eles colocam a necessidade de ter mais, o que você diz sobre isso?] Não, eu concordo, mas aí que tá, a necessidade ela

não vai ser é, a, o, o, o profissional de nível superior ele não vai executar o papel da equipe e nem é esse o objetivo, né. Então, por exemplo, aí eu tenho que ter uma nutricionista porque ela cuidaria de todas as coisas relacionadas à nutrição dentro daquela área adscrita, não é esse o, o, o, a, a, a, teoricamente o que o matriciamento pede, o matriciamento é: eu tenho um profissional que pensa dentro do saber dele, né, diferente dentro, naquela situação que é comum à equipe, que a família que a equipe acompanha é a mesma, é mesma aonde tem a gestante que vai ao médico, que tem o hipertenso que acompanha no hiperdia, que tem criança que tá indo na puericultura e que tem um caso lá, por exemplo, de obesidade que envolve a nutrição, a alimentação, né, ou que tem um caso de saúde mental que envolveria a psicologia. Então, é, o que o matriciamento faz é poder orientar a equipe quanto à condução daquele caso e quanto à condução de casos que são parecidos com aquele, né. Agora, a parte da clínica específica do profissional passa a ser dele mesmo, certo? Então, aí assim, é, eu acredito quanto mais a gente tivesse mais profissionais, aliás, a gente tem uma, uma proposta de trazer o Nasf pra cá que tá no Ministério desde, vai fazer mais de um ano que eles não, só pra, eles tinham que habilitar a contratação né, porque daí a gente conseguiria contratar mais uma psicóloga né, assistente social, outro farmacêutico, um educador físico, pras ações que são específicas do matriciamento, mas até então os profissionais que existem são pagos pelo município e se existe um programa do governo federal e a gente não consegue ter acesso à ele, né. Mas num é, num é justificando, o matriciamento ele é assim mesmo, quando entra um profissional aqui pra, a fono, por exemplo, né, então ela se sente “aí meu Deus, né, eu sou um médico que atendo consulta? Mas de repente eu vou pra atenção básica pra orientar as equipes, o que que eu faço com as equipes?” né? O que ela faz com a equipe é que quando o saber dela for importante de dividir com os outros, ela compartilha porque o objeto de intervenção é comum, certo? Né, ela tem a parte específica dela mas tem a parte que a equipe já conduz, então é mais ou menos nesse raciocínio, né. Se você pensar nessa linha a quantidade vai melhorar, mas não vai é resolver porque o, o, o, mesmo se a gente tivesse, por exemplo, mais assistentes sociais, que é uma coisa que dentro do serviço de saúde é bem deficiente, você tem teu conhecimento específico só que você soma o teu conhecimento com o conhecimento conjunto porque você enquanto assistente social você num vai poder fazer o serviço do agente de saúde, né, talvez o que o profissional quer que você pegue um pouco da carga dele que tá nas costas dele, mas você vai conseguir orientar ele quanto conduzir, mas talvez não fazer o serviço por ele, certo? É mais ou menos nessa linha.” (Secretário Municipal da Saúde)

Como pode ser visualizado, a fala do Secretário da Saúde de Ivaiporã/PR reforça a precarização dos serviços e do mundo do trabalho e, sob argumentos rasos, sublinha que no município o poder público pode até ter um discurso de reconhecer as políticas formulados pelo Estado, através de conquistas históricas, principalmente para garantia de promoção e prevenção de saúde, como importantes, mas que no momento de materializá-las e operacionalizá-las ainda oferta o mínimo do que é exigido, além de reforçar o papel do Estado mínimo, com ações paliativas e apenas para certos segmentos populacionais.

A outra problemática central já mencionada, que reflete na ausência de assistentes sociais na saúde pública do município, é a questão de como a profissão

é reconhecida neste município. Pode se analisar, a partir das falas explanadas anteriormente, que em Ivaiporã/PR ainda há um grande desconhecimento acerca do Serviço Social e de suas reais atribuições, bem como ainda confunde-se a profissão com a política de assistência social. As autoridades durante as entrevistas demonstram desconhecer o Serviço Social e exemplificam a profissão a partir de uma política, comprovando sua total ignorância que o Serviço Social é uma profissão de nível superior e regulamentada por uma lei, onde os profissionais que exercem esta profissão são denominados assistentes sociais, que para tornarem-se habilitados ao exercício profissional precisam estar registrados nos Conselho Regionais de Serviço Social, que os credencia a assumir as competências e atribuições profissionais, nos setores públicos e privados, nas mais variadas políticas sociais, tais como assistência social, saúde, educação, etc., como já discutido no Capítulo II deste trabalho.

Questões estas demonstram que não se compreende nada descolado da categoria totalidade<sup>29</sup> trabalhada por Marx e pela tradição marxista. Mesmo em um estudo iniciante, tendo por objeto a possível inserção dos(as) assistentes sociais na política de atenção básica, que ao se emitir uma análise, tem que se considerar seu elo com a política de saúde no Brasil e sua construção ao longo da história, com a configuração e materialização pelo poder público da atenção básica dentro desta política, com a forma como a profissão de Serviço Social foi constituída nesta sociedade, como esta profissão atuou ao longo do tempo na política de saúde e como está configurada no município de Ivaiporã/PR, dentre outras questões.

Para fins de reflexão sobre o objeto deste trabalho, precisa-se ponderar, ainda que de maneira rápida, como estão dispostos os espaços sócio-ocupacionais em que atuam os assistentes sociais em Ivaiporã/PR. Conforme apontam Oliveira, Marino e Machado (2015), o município de Ivaiporã/PR conta somente com 13 (treze) assistentes sociais, que atuam em unidades públicas e privadas. O que demonstra que o próprio município, pelo seu tamanho e características, conforme já apresentado no primeiro item deste Capítulo, já dispõe de um déficit muito grande de profissionais de Serviço Social, onde, se realizada uma pesquisa mais profunda

---

<sup>29</sup> De acordo Bottomore (2001), a totalidade, a partir concepção dialético-materialista, é dinâmica e reflete as mediações e transformações abrangentes da realidade objetiva, que é historicamente mutável. Assim, a totalidade, através da concepção marxista, é considerar todas as questões a partir de seus processos completos, a partir de que está ao seu redor, de maneira que integre todos estes processos e não os entende de forma inerte, intemporal ou com somas de parte para se resultar num todo, mas sim através das determinações objetivas.

acerca deste assunto, hipoteticamente poderá apontar a necessidade da atuação de assistentes sociais em outras diversas políticas sociais.

Além disso, precisa-se problematizar, também, como são os processos de trabalho dos(as) assistentes sociais na política de saúde de Ivaiporã/PR e como estes são colocados em cena. Como já sinalizado, na saúde pública do município existe somente 01 assistente social. No entanto, a profissional há 18 anos desempenha funções de aconselhamento à indivíduos que procuram o Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico para fazer o teste que atesta se possuem doenças sexualmente transmissíveis. Bem como, é responsável pelo Programa de Órtese e Prótese da política de saúde do município, que, como relatado pela mesma, sua contratação para desempenhar estas ações serviu de contrapartida para que o Ministério da Saúde credenciasse a instituição a executar estes serviços. Além do mais, a profissional também responde hoje como Ouvidora da política de saúde do município. Isto demonstra que seus processos de trabalho ainda estão muito próximos do que o Serviço Social realizava na política de saúde anteriormente ao SUS, e muito distantes do que os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* norteiam, pois a profissional demonstra conhecer muito pouco sobre o conteúdo deste importante documento. Como a mesma indica quando indagada se conhece os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*, e como analisa este documento:

“Muito pouco, eu dei uma lida na época, mas se eu for te falar hoje eu não me lembro de muita coisa. A gente acaba caindo na prática e deixando muito de lado a teoria, né, e como meu trabalho aqui sempre foi direcionado para algumas áreas específicas, acabou ficando muito de fora a parte teórica.” (Assistente Social do Centro Municipal de Saúde)

Assim, por estas diversas fragilidades ainda encontradas no município, tem-se como respostas a ausência de assistentes sociais na política de atenção básica em saúde. No entanto, ao se resgatar a PNAB encontrar-se-á nitidamente neste documento a comprovação legal que há espaço para a atuação do(a) assistente social na atenção básica em saúde.

A PNAB sublinha a importância do desenvolvimento de ações que vão para além da prática curativa e clínica, e que busquem de fato a prevenção e promoção em saúde. É uma política que tem como um de seus fundamentos e diretrizes a coordenação da integralidade em seus vários aspectos, para integrar ações

programáticas e espontâneas, para articular as ações de promoção, prevenção, vigilância, tratamentos e reabilitação e autonomia dos usuários e coletividade. Para tanto, expressa a indispensabilidade do trabalho em equipe multiprofissional, descrevendo sobre sua importância e ressaltando a necessidade de diferentes formações profissionais como formato essencial para o campo comum de competências e cuidados. Assim, caracteriza a integralidade, para além da oferta de diversos serviços somente, mas considerando as pessoas no seu espaço social e cultural, buscando a produção de atenção na totalidade (BRASIL, 2012).

Além disso, defende a necessidade de ações educativas nos territórios em que se encontram os usuários dos serviços de saúde, com o desempenho de atividades de reflexão que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia individual e coletiva dos sujeitos, e na busca por qualidade de vida pelos usuários (BRASIL, 2012).

Terreno fértil então para atuação de assistentes sociais, que são profissionais que dentro das equipes multiprofissionais em saúde possui uma visão diferenciada, ao ancorar-se na análise da realidade social, a partir das categorias de universalidade, singularidade e particularidade, como já apontado anteriormente através dos *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*.

O estatuto diferenciado do Serviço Social pode contribuir com os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, bem como na ABS pode fecundamente contribuir com os fundamentos e diretrizes da PNAB, que defendem a integralidade para além da oferta de diversos serviços somente, considerando as pessoas no seu espaço social e cultural e buscando a produção de atenção na totalidade, e desempenhando ações educativas visando à promoção e a prevenção da saúde. Como apontam Abreu e Cardoso (2009), o(a) assistente social em seu exercício profissional desempenha uma função pedagógica, ou seja, desenvolve ações com cunho sócio-educativo que poderão problematizar como a saúde se dá nos diversos espaços e contribuir para a mobilização social e organização dos usuários, visando à saúde ligada à diversos acessos tais como emprego, moradia, alimentação, lazer, dentre outros, como defende a Lei Orgânica do SUS, já que a função pedagógica que o(a) assistente social desempenha está articulada à sociabilidade, à atividades formadoras de cultura, de um modo de ser, pensar, sentir e agir para se refletir sobre a hegemonia societária, e vai construir junto aos usuários um processo de racionalização sobre a sociedade, a partir de informações sobre

interesses econômicos, políticos e ideológicos na formação do modo de vida, as quais podem se associar aos diferentes projetos societários existentes.

Deste modo então, pensar a inserção do(a) assistente social nas equipes de ESF do município de Ivaiporã/PR, somente através do matriciamento e do NASF, como aponta o Secretário Municipal da Saúde, é muito reduzido. O NASF – Núcleo de Apoio à saúde da Família, é uma iniciativa muito válida por parte do Estado em viabilizar a participação de outros profissionais, para além de médicos e profissionais da enfermagem, na atenção básica em saúde, contudo, é limitada e por vezes realça a ótica da precarização dos serviços e do mundo do trabalho que ocorre expressivamente em diversas localidades deste país. O NASF, como nos informa a Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde<sup>30</sup>, seria a composição de uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuar com apoio às equipes de ESF e de ABS para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, e contribuindo com a ampliação clínica, onde os profissionais atuam sob a lógica do matriciamento, que seria dar suporte sem compor a equipe, pois o NASF faz parte da atenção básica mas não se constitui como serviço com unidade física, de modo que para exercer suas atividades as equipes devem ocupar o espaço físico das unidades às quais estão vinculadas, ou ainda outros espaços disponíveis no território, como o espaço das academias da saúde, escolas, parques, dentro outros.

Ao analisar as características da saúde pública do município de Ivaiporã/PR, ter um NASF para dar apoio às equipes, planejando, avaliando, criando ações qualitativas de saúde seria excelente, mas somente este, colocado pelo Secretário como resolutivo dos problemas, seria insuficiente.

Assim, ao se falar especificamente das ações desenvolvidas por assistentes sociais na saúde, constata-se que é extremamente necessário que este profissional acompanhe as equipes com garantia de continuidade de vínculos e estabilidade, para desempenhar ações profissionais que centre-se no desvelamento e enfrentamento das diferentes expressões da “questão social” que podem determinar as condições de vida e níveis de saúde da população, como apontam Miotto e Nogueira (2009). Ora, se é falado sobre prevenção, promoção, cuidados e mudança de cultura da população acerca da visão e procura dos serviços de saúde, é preciso que se invista

---

<sup>30</sup> Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf\\_perguntas\\_frequentes.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php). Acesso em: 13 nov. 2015.

em condições quantitativas e qualitativas para isso, principalmente em equipes multiprofissionais que consigam garantir processos de trabalho concisos e contínuos, que descartem a lógica paliativa.

Em Ivaiporã/PR, como já traçado no primeiro item deste Capítulo, as UBSs, com sua oferta de serviços, equipes, atendimentos e inserção na comunidade, sinalizam grande abertura de espaço para assistentes sociais se inserirem e contribuírem com ações coerentes com a realidade social em que os sujeitos estão alocados, que se voltem prioritariamente para a mobilização social e fomento do controle social; problematização sobre a prevenção de doenças, redução de danos, agravos e riscos; estímulo à promoção, proteção e a recuperação da saúde.

Como trazem os artigos 4º e 5º da Lei 8662/93, que regulamenta a profissão de Serviço Social, os assistentes sociais tem diversas competências e atribuições privativas, com ações que se voltam para as diversas políticas sociais. Na saúde não é diferente. Já está comprovado que em Ivaiporã/PR este profissional tem espaço para elaborar, implementar, executar, avaliar coordenar diversos planos, programas e projetos que visem a melhoria da saúde pública e acesso dos usuários, principalmente frente os serviços que são praticamente “abandonados” pelo poder público, com diversos quadros de precarização. Para encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população sobre diversas questões, como ficou nítido nas falas dos trabalhadores que defendem a presença de assistentes sociais nas equipes da ABS. Para planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e subsidiar ações que ampliem o direito à saúde e defesa do SUS, bem como fortaleça o projeto de Reforma Sanitária, elementos que parecem ser tão escassos no município. Para prestar assessoria e consultoria à órgãos da administração pública direta e indiretas com relação às matérias de saúde. E, para realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, bem como ampliação de direitos sociais, que se ligam ao processo saúde/doença.

A própria e única assistente social da saúde pública do município, mesmo desempenhando ações limitadas, resgata que seria importante ter mais assistentes sociais nos diversos serviços de saúde de Ivaiporã/PR.

“O Serviço Social é uma área que não tem profissional suficiente pra atender, né, a demanda. Eu penso que aqui teria condições de ter mais

profissionais, eu acho legal você colocar isso, porque é até uma garantia profissional aí pro futuro. Eu mais quatro anos aí eu to me aposentando, eu to saindo né, então assim, eu acho que poderia ser montado uma equipe de Serviço Social aqui dentro. Eu acho assim, que hoje aqui o Serviço Social é totalmente limitado dentro da saúde e eu acho que teria um espaço muito legal pra ser aproveitado. Eu vejo que o Serviço Social poderia estar atuando dentro das equipes do PSF, você sabe o que que é né? Então assim, eu acho que o Serviço Social poderia estar atuando dentro das equipes do PSF. Uma época eu até pensei em fazer algum trabalho nesse sentido, mas daí eu passei a não ter interesse em trabalhar o dia todo, que seria a proposta que eu teria que fazer para a prefeitura, né. Eu não tenho interesse mesmo, então assim, por isso que eu falo que é um campo aberto. Eu não tenho interesse de fazer quarenta horas, faz muitos anos que eu não tenho esse interesse né, tenho outros interesses pessoais. Então eu acho assim que tem espaço pra isso, tem espaço na questão de atendimento de acolhimento ali na frente, de recepção, eu acho que seria legal. É, deixa que pensar o que mais... É que eu não desenvolvo trabalho nessa área aqui dentro, então pra mim fica até difícil imaginar quais outras funções que o Serviço Social poderia tá atuando aqui dentro. O que eu sei de Serviço Social dentro de uma instituição de saúde ainda é de estágio e o meu estágio faz 30 anos, então assim, mas que tem um campo aberto aqui dentro tem. Mesmo na questão de medicamentos, avaliar, fazer pesquisa socioeconômica pra ver quem realmente precisa tá usando de medicamentos que não estão contemplados na farmácia básica do SUS e são pessoas que vem com receitinha pedindo pra autorizar medicação. Então assim, tem um espaço amplo, eu vejo que aqui teria espaço para duas, três assistentes sociais a mais.[Quando você pensou em fazer a proposta para de atuar nas equipes de ESF, quais as contribuições veria que poderia desempenhar nas UBS?] Quando eu pensei nessas ações, na verdade pra mim tá, pro um outro assistente social eu acho que ele teria que criar o espaço dele ali dentro, mas eu acho que ele encontraria caminhos né, ele poderia tá fazendo todo um levantamento junto com essa equipe porque essa equipe vai de casa em casa, então ele poderia ter um perfil da sociedade, da cidade, de tudo, sócioeconômico, educativo etc. Então, é eu acho que ele poderia ter esse perfil e em cima disso traçar objetivos, traçar diretrizes de trabalho, né. Mais pra mim na época o que eu pensei seria trabalhar mesmo as questões de saúde, sexualidade, prevenção de DST, então, assim, eu teria direcionado pra aquilo que eu já faço, tá, nível de satisfação, sexualidade, toda essa questão, mas eu acho que qualquer um outro profissional acha campo para ele desenvolver o que ele quiser junto com a equipe, porque a equipe vai de casa em casa. Cê pode trabalhar com a questão da criança, você pode trabalhar com a questão do adolescente, com a questão da sexualidade, a questão da educação, a questão dos benefícios sociais, você pode trabalhar N situações” (Assistente Social do Centro Municipal de Saúde).

Podemos visualizar que precisa-se lutar e garantir a inserção do(a) assistente social nos diversos âmbitos dos serviços, como coloca os *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Se a saúde não é somente a ausência de doenças, mas sim uma questão que é parte inerente do ser humano e integrada pelos diversos âmbitos que compõe a vida humana, como renda, emprego, alimentação, habitação, lazer, dentre outros, conforme nos aponta Escorel (1999). Se existe o reconhecimento da necessidade de atuações profissionais em defesa da saúde como um direito e dever do Estado, consolidada

pelo SUS, que deve ser ofertado como política pública qualificada, de responsabilidade do poder público, conforme traça Baptista (2007). Se o princípio da integralidade do SUS visa orientar a expansão e qualificação dos serviços de saúde, pressupondo a consideração dos indivíduos e das coletividades em sua totalidade para o entendimento do processo saúde-doença, bem como pressupondo a prestação de ações e serviços também através da totalidade e não somente numa lógica centrada no médico e serviços de enfermagem, na busca de se garantir majoritariamente a promoção em saúde de caráter intersetorial, além da proteção, cura e reabilitação dos indivíduos e coletivos, como ilustram Vasconcelos e Pasche (2006). Se o conceito de atenção básica em saúde no Brasil é uma concepção historicamente construída em um cenário de lutas, pois se baseia nos princípios da Reforma Sanitária e, além disso, vem para dialogar com as especificidades do SUS, como ressaltam Fausto e Matta (2007). Se no município de Ivaiporã/PR há diversas características que se distanciam da oferta de uma política de saúde pública e de qualidade, onde as equipes dos serviços de saúde pública são mínimas e com vínculos de trabalho frágeis, principalmente da atenção básica em saúde, que é o nível de atenção que mais pode se aproximar do cotidiano dos indivíduos e das famílias em seus territórios. Se o Ministério da Saúde desde 1997 reconhece um rol de profissões, para além de médicos e enfermeiros, como da saúde, entre as quais está o Serviço Social. Se historicamente a saúde constituiu-se como o maior campo de trabalho dos assistentes sociais, como indicam diversos autores, dentre estes mais expressivamente Bravo e Matos (2009). Se desde a década de 1990 o Serviço Social compreende que, a partir do SUS, cabe aos profissionais que atuam neste política a formulação de estratégias para reforçar e criar experiências dentro dos serviços de saúde que efetivem e enfatizem o direito social à saúde, dado que o norte do projeto ético-político da profissão está totalmente articulado com o Projeto de Reforma Sanitária em suas perspectivas, como demonstram Mito e Nogueira (2009). Se no município de Ivaiporã/PR as equipes multiprofissionais de saúde da atenção básica não contam com nenhum(a) assistente social em seu quadro para desempenharem seus processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), analisa-se aí a comprovação de que a política de atenção básica em saúde de Ivaiporã/PR é um evidente terreno fértil, com necessidade de inserção e atuação de assistentes sociais.

É preciso que se tenha nas UBSs do município uma atuação crítica e competente, que compreenda os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e direcione a busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões. Com ações que facilitem o acesso de todo usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais; que estimulem a intersectorialidade, para fortalecer a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; que busquem construir e efetivar espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; que elaborem projetos de educação permanente, bem como potencializem a participação dos usuários nos espaços de movimentos sociais e controle social contribuindo com o processo de democratização das políticas sociais, que amplia os canais de participação popular na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos.

Elementos estes que demonstram também a necessidade de atuação dos assistentes sociais em movimentos sociais, organizações dos trabalhadores e controle social. Se tratando de controle social, estes também são espaços que precisam ser ocupados pelos profissionais, para problematizações, contribuições e fortalecimento dos processos de democratização no campo políticas públicas estatais.

Durante a IC, foi notado que a notória precariedade na oferta de saúde pública de Ivaiporã/PR esbarra na falta de controle social efetivo e de um Conselho de Saúde realmente ativo e voltado para as necessidades da população. A interpretação que pode ser feita, é que o controle social se materializa como uma pro forma, porque precisa existir dado a legislação obrigar para o cumprimento de uma série de questões. Na IC, ao indagar os usuários e os trabalhadores da saúde sobre a participação no controle social e como eles avaliavam o controle social, as respostas demonstraram como estes dispositivos estão distantes de um processo de democratização, construção, fortalecimento, planejamento, fiscalização e avaliação da política de saúde, como verifica-se abaixo:

“Nem sei o que é isso. Nunca ouvi falar. Não tenho conhecimento” (Usuária, “estudante”, 16 anos).

“Nunca participei não e não entendo muito não” (Usuária, “dona de casa”, 18 anos).

“Disso eu nunca ouvi falar não, nem sei o que é” (Usuária, “dona de casa”, 19 anos).

“Hum... não saberia te falar sobre isso, nunca participei” (Usuária, “dona de casa”, 18 anos).

“O que é isso? Eu nunca fui não!” (Usuária, “dona de casa”, 79 anos).

“Ah, acho que não funciona. Na verdade eu não sei o que é e nem participei” (Usuário, “serviços gerais”, 46 anos).

“Conselho de saúde? Acho que nunca teve aqui, que eu me lembre não.[Aí eu explico o que é o Conselho de Saúde]: Só que fica tudo na conversa menina e nunca vai pra frente” (Trabalhadora da saúde).

“Ah, não participo. O que a gente tem de problema leva para o Secretário e quem leva para essas reuniões são ele e aí a gente não tem participação” (Trabalhadora da saúde).

“Eu acho assim, essa questão do controle social é realmente a população ter controle da situação né, não ser controlado por nós, mas assim não é algo muito exposto” (Trabalhadora da saúde).

“Não passaram isso pra mim ainda. Nunca ouvi falar. Não sei o que é Conselho de Saúde. Aqui ninguém sabe, falta informação mesmo para a população, parece que eles não querem que existe isso e que ela dê a opinião dela” (Trabalhadora da saúde).

“Não sei como é muito não. Mas o Conselho não interfere bem não” (Trabalhadora da saúde).

“Conselho de saúde eu não ouvi falar ainda. Se eu ouvi eu não lembro não. Eu também nunca participei e acho que disso quem participa assim mais são os enfermeiros” (Trabalhadora da saúde).

“Aqui eu nunca vi e nunca participei” (Trabalhadora da saúde).

“Olha, não sei o que é não e também não participo disso” (Trabalhadora da saúde).

Estas falas demonstraram a necessidade de saber, para apontar neste TCC, como as autoridades que respondem pela saúde no município e, também a única assistente social da saúde pública, visualizam o controle social e se participam, para uma maior problematização desta questão. O que surpreendeu, foi a demonstração que o controle social em Ivaiporã/PR não é um desconhecimento somente dos usuários, mas da maioria dos trabalhadores, que ou não sabem ou não participam. Fato que acarreta no funcionamento da saúde pública conduzida com desigualdade e com grande traço de patrimonialismo, onde não existe distinção entre os limites públicos e privados.

Abaixo, observa-se as falas da Diretora da 22ª Regional de Saúde, do Secretário Municipal da Saúde e da assistente social do Centro Municipal de Saúde sobre a seguinte indagação: “O que o(a) senhor(a) compreende como o funcionamento e participação do Controle Social? O(a) senhor(a) participa?”

“Ah, tenho, tenho participado. Eu tenho que estar envolvida, eu tenho que estar. É, olha, eu participei aqui de algumas reuniões, quando teve a, as reuniões municipais, dos conselheiros municipais de saúde. Participei em Curitiba na conferência estadual. Agora fui convocada a ir a Brasília, né, para a conferência nacional que é 01, 02, 03 e 04 de dezembro em Brasília, né. Então eu tenho participado. É, o controle social é um bom trabalho que o pessoal desempenha, só que eu acho assim, é muito, muita política de sindicato, de PT, entendeu? Muito tentando influenciar o meio. Que eles não ajudam, eles só atrapalham, só vão para tumultuar, sabe? É, é, só baderna. Inclusive lá em Curitiba, assim, eu achei uma, muito baixo assim uma, mas fazer o que” (Diretora da 22ª Regional de Saúde).

“Olha, só, só depois que eu entrei a gente fez duas Conferências, tomara que até o final desse mandato não tenha que fazer mais não, porque dá muito trabalho. Então, as Conferências elas são formadas por Pré-Conferências, né, a gente faz Pré-Conferências em todos os bairros, junta os líderes comunitários, a população, escuta, coloca essa escuta dentro da, da, da pauta pra ser discutido. E, é, é, é, sou, faço parte do Conselho de Saúde, o Conselho de Saúde é paritário, ele não é igual aos Conselhos de Assistência, de Educação, que é não-gov e gov né, ele é formado por gestor, prestador, é, usuário e trabalhador, na proporção de 50% de usuário 25% de trabalhador, 25% de gestor e prestadores juntos. Então, cê tem que ter um Conselho paritário, então não é “aí, eu quero participar do Conselho”, tem que ver se né, se tem cadeira paritariamente, se aumentar um usuário tem que aumentar né os outros juntos. Então se o Conselho de Saúde é formado de 50% pra usuário, quer dizer que a representatividade dele é a do cidadão, agora o cidadão que foi colocado pra isso, pra você ter uma cadeira no Conselho você precisa ter uma Associação no mínimo representando aquela comunidade, então eu não posso dizer simplesmente “aí eu sou bem político no meu meio social e eu quero participar do Conselho”, ainda não existe essa prerrogativa, cê tem que ter uma, você representa uma classe, certo? Ainda, as pessoas, é no ano passado a gente teve a capacitação do curso de conselheiro, ainda os conselheiros, ainda, a, a, a, já tão aprendendo mais sobre saúde, mas a população ainda tá no senso comum, né., então, as Conferências a gente sempre fala que é de médico, de exame, de, é, a gente não consegue pular essa, transcender isso, né, e na, na, as pessoas não querem organização, do sistema, elas querem acesso rápido do sistema, então se você precisa primeiro fazer uma fila de espera para depois priorizar as gravidades, o exame, teoricamente todo mundo aceita, mas na hora de acontecer comigo eu quero passar lá na frente, né, eu quero usar de todo o meu conhecimento político, pra burlar aquele sistema que eu mesmo ajudei a construir, então é difícil, o sistema de saúde não é assim.” (Secretário Municipal da Saúde)

“Não tenho participado. Então, eu já participei de conselhos tá, eu já participei do conselho da assistência social por muitos anos. Eu acho que eu participei, eu acho que mais ou menos por uns quinze anos, mais ou menos, aí eu cansei, eu parei por isso sabe? [E da Saúde, você nunca participou?] O conselho da saúde eu participei bastante tempo como relatora do conselho, eu não era membro porque não tinha essa possibilidade, era muito específico né, as delegações ali, é, é um usuário, entidade, não sei o que e tal e num tinha. Nunca fui colocada, convidada e

tal, mais eu ia como relatora por bastante tempo. Acho super interessante a questão dos conselhos, eu acho que tem que ter, tem que existir, eu acho que só aí que a gente consegue mudar alguma coisa, fazer alguma coisa, mas no momento eu to afastada tá, até por opção porque eu já tava muito cansada de sempre eu participando, e a gente acaba criando muitos vícios né, você vai ficando muito tempo, muito tempo, muito tempo, então eu parei por isso, já faz acho que uns quatro, cinco anos que eu parei, mas eu participei por bastante, bastante, bastante tempo mesmo.” (Assistente Social do Centro Municipal de Saúde)

Conforme elucida Gohn (2003), o controle social foi possibilitado pela Constituição Federal de 1988, que materializou legalmente a responsabilidade do Estado no desenvolvimento e consolidação dos direitos sociais, como, também, abriu os mecanismos institucionais de proposição e fiscalização social no campo das políticas sociais públicas, que tem forma nos conselhos gestores de políticas públicas setoriais. Os conselhos são espaços sociopolíticos que possibilitam o desenvolvimento dos processos de luta em defesa dos direitos e políticas, de promoção da fiscalização das ações estatais, de articulação entre forças sociais, da denúncia e publicização do financiamento público para as políticas e serviços sociais. Assim, se constituem como espaços que podem potencializar práticas democráticas de ampliação, controle e fiscalização popular das políticas sociais, bem como a ampliação de direitos e da democracia, cidadania e esfera pública, pois tem um significado político e estratégico.

Então, se a categoria profissional de Serviço Social desenvolve ações de cunho sócio-educativo durante seus processos de trabalho nos serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos sociais e aos meios de exercê-los, como aponta lamamoto (2013), é necessário que o controle social seja um espaço ocupado pelos assistentes sociais, de modo a contribuir para que as necessidades e interesses dos usuários da saúde adquiram visibilidade na cena pública e sejam reconhecidos. O controle social é composto de espaços em que os profissionais podem afirmar o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, fazer a defesa da qualidade dos serviços prestados e onde podem ser construídas um conjunto de ações que contribuam na organização da população enquanto sujeitos políticos, voltando-se para a mobilização e participação social em movimentos sociais com lutas em defesa do direito à saúde, inserindo na agenda pública as reivindicações da população.

Por fim, outro apontamento interessante a se fazer, é que nos processos de trabalho das equipes multiprofissionais das UBSs do município, faz-se urgentemente

necessário a implantação da “escuta qualificada” no processo de acolhimento dos usuários, como pregam a Política Nacional de Humanização (2003) e a PNAB como elemento importantíssimo para o estabelecimento de vínculos e resolução das necessidades dos usuários. Espaço privilegiado também para atuação do(a) assistente social, para potencializar atendimentos humanizados e sintetizar as demandas de modo a ir de encontro às necessidades sociais que se expressam nestes territórios.

Além disso, no município existem demandas, como foi apresentado nas UBSs e nas falas dos trabalhadores, para os(as) assistentes realizarem ações intersetoriais, de articulação com as diversas políticas, mas principalmente com a política de assistência social, via CRAS, CREAS, usuários do Programa Bolsa Família, programas de atenção à população idosa, de proteção aos usuários vítimas de negligência e violência, de apoio mulheres vítimas de violência doméstica, dentre outros. Bem como, há espaço para a inserção na área da vigilância em saúde, local privilegiado para conhecer com nitidez as determinações sociais no processo saúde e doença e, a partir dos indicadores e o perfil epidemiológico, realizar ações de promoção da saúde, subsidiar a elaboração de programas e trabalhar com educação permanente dos trabalhadores da saúde para ir de encontro ao que se apresenta através dos dados.

Na saúde o Serviço Social tem historicamente, como apontam Bravo e Matos (2009), diversos espaços para atuação, mas com o SUS foram construídos muitos espaços multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais, como também no âmbito da gestão e planejamento da política. Dado as perspectivas de trabalho dos profissionais visarem o atendimento de demandas coletivas, reconhecer os determinantes sociais da saúde, debater processos de planejamentos, articular trabalhos intersetoriais e mesmo apresentar respostas de forma coletiva às demandas levantadas, com intervenções permeadas e orientadas pela noção de direito social, que superem a prática do aconselhamento, da complacência, harmonização e do profissional reconhecido como o acolhedor, que organiza trabalhos em equipe e distribui tarefas, como destaca Kruger (2010).

Para Mioto e Nogueira (2009, p.223):

As premissas para a ação profissional em saúde assentam-se em três pilares: necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde. As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e

determinadas pelo movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde.

É de tal forma que o Serviço Social entende a necessidade de mediar as ações profissionais não somente sob sua dimensão técnico-operativa, mas ancorada num tripé também composto pelas dimensões teórico-metodológica e ético-política, dado que a intervenção profissional, para atingir suas premissas, necessariamente precisa se conectar à totalidade da realidade social, dado esta se revelar de forma complexa, dinâmica, imediata e burocratizada, e, então, o profissional de Serviço Social necessita criar estratégias para buscar transformá-la a partir do seu projeto profissional, como já elucidado anteriormente por Guerra (2009).

Não aleatoriamente, esta profissão reconhece que o conhecimento “demanda efetivar mediações entre a realidade (o contexto sócio-econômico-político, as políticas sociais existentes e os contextos institucionais) e os marcos teóricos e metodológicos” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 233) e, ainda, descarta se pensar a prática a partir dela mesma e circunscrita a si mesma, dissociada de bases teóricas e reflexivas (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

O que, conseqüentemente, reflete em o profissional de Serviço Social estar inserido na saúde também nos circuitos de planejamento, gestão e formação. E, além disso, estar no circuito das pós-graduações, em níveis de *lato sensu* e *stricto sensu* para pesquisar e pensar sobre esta política, contribuindo para adensar os debates e apontar possibilidades. De acordo com Kruger (2010, p.130):

Outro indicador deste adensamento do debate e da atuação profissional neste espaço sócio-ocupacional tem sido a participação do Serviço Social nos programas de indução do Ministério da Saúde para formar profissionais com perfil para atuar no SUS entre eles as residências em área da saúde, as residências multiprofissionais em Saúde da Família, o Pró-Saúde e o PET Saúde.

Destarte, em Ivaiporã/PR, eminentemente, existe uma grande abertura para a inserção e contribuição de assistentes sociais nas equipes multiprofissionais da política de atenção básica do município, principalmente para o desenvolvimento de

ações interdisciplinares com finalidade de execução da política de saúde numa perspectiva de totalidade, direito e dever do Estado.

Para finalizar, vale resgatar um fragmento de reflexões de Kruger (2010), que corrobora com todas as argumentações construídas ao longo deste trabalho:

As experiências interdisciplinares têm colocado no âmbito do trabalho em saúde temas que historicamente foram negligenciados pelas práticas biomédicas, curativas e individuais: violência, dependência química, questões de gênero, sexual e etnia, poluição do meio ambiente, saneamento, movimentos sociais na área da saúde mental, de direitos reprodutivos, de portadores de patologia, controle social e participação social. Para tratar destes temas que fogem as tradicionais demandas e relações de trabalho médico-centradas, o assistente social, por sua formação com base nas Ciências Sociais e também se utilizando de indicadores socioeconômicos e epidemiológicos, pode ser um articulador deste debate, conseguindo indicar reflexões e formas de atendimento numa perspectiva de totalidade. Ou seja, pode pautar as reflexões no grupo de profissionais em direção ao reconhecimento das necessidades em saúde e das determinações sociais do processo saúde e doença, desvelando as leituras moralistas e higienistas que muitas vezes prevalecem nas discussões encaminhamentos dos grupos que pretendem atuar de maneira interdisciplinar. A dimensão ético-política do projeto profissional tem enfatizado que cabe ao assistente social reconhecer as determinações socio-históricas e econômico-políticas dos problemas que chegam na imediatividade cotidiana dos serviços. Portanto, a capacidade analítica e de mediação do assistente social em problematizar as demandas imediatas explicitando suas conexões com uma demanda coletiva e indicando as conexões com as respostas das políticas sociais, pode qualificar este campo de debate do *social* que já tem sido reconhecido como comum aos demais trabalhadores da saúde (KRUGER, 2010, p.141-142).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As condições físicas, psíquicas e sociais da população sofrem os impactos do grande patógeno denominado capital. A política de saúde está intimamente ligada ao modo de produção da sociedade e mundo do trabalho, ao ter no processo de produção a questão determinante do nível de saúde e doença da população, seja atrelado às condições físicas e psíquicas, seja atrelado às condições de subsistência e acesso à riqueza socialmente produzida. Não obstante a isto, tivemos em nosso país, desde o surgimento dos primeiros cuidados públicos com a saúde, sempre um forte atrelamento dos serviços de saúde ofertados ao mundo do trabalho e ao que este mundo do trabalho poderia influenciar (BAPTISTA, 2007).

Evidentemente o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores e mais qualificadas legislações sociais do mundo. Construído socialmente, tem dimensão política e ideológica ao apresentar concepção ampliada do processo saúde/doença e novas perspectivas de atenção à saúde. No entanto, em tempos de desmonte dos direitos sociais e adensamento da ideologia neoliberal, este sistema público de saúde também é cada vez mais precarizado, já que dentro do sistema capitalista de produção tudo que tem probabilidade de gerar lucro ao mercado acaba tomando diversas configurações para assim acontecer, como visualizamos ao longo deste trabalho.

O que torna o SUS um espaço de disputas também. Não à toa temos em disputa dois macro projetos ideológicos, políticos e práticos para a política de saúde, como trazido aqui a partir de Bravo (2009). Demonstrando que somente os trabalhadores podem colocar em cena o projeto de saúde que representa suas necessidades, interesses e vislumbra a construção de uma nova ordem societária. O SUS com sua dimensão política e ideológica, que se constrói no processo social, como aponta Mandes (1996), precisa ser cotidianamente defendido através de sua concepção ampliada de saúde. Seu caráter público, universal, igualitário e participativo, como uma proposta democrática e popular reforça que é uma política social caminhando na contramão do que reza o projeto neoliberal, a qual se baseia não meramente na redução do Estado, mas sim na redefinição do seu papel, com vistas a garantir que o mercado seja o ente de maior protagonismo, conforme nos demonstra Laurell (1995).

Foi tratado neste trabalho a participação e inserção dos/das assistentes sociais nos processos de trabalho desenvolvidos no Sistema Único de Saúde, construindo reflexões acerca das possibilidades de inserção e contribuição destes profissionais na política de atenção básica em saúde. Como já discutido anteriormente, a atenção básica em saúde abrange a promoção e a proteção da saúde, além de diagnósticos, tratamentos e reabilitações. Neste nível de complexidade é necessário o desenvolvimento de práticas sanitárias e sociais, através do trabalho em equipe multiprofissional, para considerar a totalidade da vida das pessoas e se basear na integralidade como princípio preferencial, além da universalidade, humanização, equidade, vínculo, continuidade de cuidado e participação social. É necessário contestar a atenção em saúde que se dá através de parâmetros de ações individualizadas, de caráter somente biológico, médico centrado e curativo. E, em Ivaiporã/PR, lócus privilegiado das reflexões aqui construídas, está evidente a necessidade de atuação de equipes multiprofissionais amplas, concisas, qualificadas e efetivas, com vínculos de trabalho estáveis, para atuação crítica, transformadora e que defendam e busquem viabilizar direitos sociais.

A saúde pública é tomada pelo Serviço Social como um espaço de construção de lutas que visam a garantia, permanência e efetivação dos direitos sociais. Os processos de trabalho desempenhados pelos(as) assistentes sociais nesta política, como conjunto de ações de nível econômico, político, ideológico, social, cultural e técnico, tomam como objeto as necessidades sociais que se ligam à saúde e devem ter como finalidade a perspectiva da garantia e defesa de direitos. Além do que, a política de saúde, em seus moldes democráticos, qualitativos, equitativos e universalizantes, possui uma relação intrínseca com os princípios do projeto ético-político do Serviço Social, como aponta Bravo (2009).

Assim, a partir deste trabalho, fica evidente que os(as) assistentes sociais precisam ter espaços consolidados para o seu exercício profissional na saúde pública de Ivaiporã/PR. Neste município existem grandes precedentes que justificam a atuação de assistentes sociais na atenção básica em saúde, principalmente por esta ser considerada a “porta da entrada do SUS” e espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção em saúde.

Quando se colocou aqui em cena os processos que ocorrem na saúde pública de Ivaiporã/PR e apontou-se possibilidade para qualificá-la, também buscou-

se caminhar na contramão do que se opõe ao Projeto de Reforma Sanitária, que faz a defesa intransigente de um SUS público, universal, igualitário e participativo. No entanto, só colocar em cena e apontar possibilidades não é suficiente. Precisa-se resgatar aqui o que tanto é difundido durante a graduação de Serviço Social no Campus Universitário Regional do Vale do Ivaí da Universidade Estadual de Maringá.

Ora, se os(as) assistentes sociais são profissionais da denúncia e do anúncio, também devem contribuir com a construção do papel social da Universidade. Durante este trabalho foram demonstradas duas questões frágeis que vem ocorrendo do município de Ivaiporã/PR, que enquanto Universidade esta tem a função, através da comunidade acadêmica, de problematizar mais e edificar algumas respostas que possam ir de encontro a estas questões, para apontar novos caminhos. A primeira é como a saúde pública no município é tratada e operacionalizada pelo poder público. Nada foge daquilo que Marx e Engels elucidam sobre o Estado ser o comitê responsável por gerir os negócios da burguesia. A segunda é como a profissão de Serviço Social é interpretada neste município e na região em que ele está alocado. Foi demonstrado que ainda há um forte entendimento da profissão atrelada ao conservadorismo, já rompido por esta, bem como um conhecimento desta profissão somente a partir de uma política, a de assistência social.

O que demonstra que são nestas duas partes que o tripé de ensino, pesquisa e extensão da Universidade precisa atuar amplamente. A Universidade precisa se colocar exaustivamente nesta região que se insere o município de Ivaiporã/PR para apresentar o que é esta profissão e contrapor-se a todas as visões distorcidas, pois é somente nosso papel dizer sobre ela. Além disso, precisa estar mais atuante na comunidade. Só que para estar mais atuantes na comunidade, precisa assumir mais o caráter da investigação, inerente à profissão, para conhecer a fundo, a partir de Laboratórios Sociais, a realidade objetiva deste município. Assim, aproximando-se mais do objeto deste Trabalho de Conclusão de Curso, está claro a necessidade que se tem de lutar por uma Universidade menos sucateada, que tenha condições de criar, entre os seus professores e estudantes, projetos de pesquisa e extensão sobre a política de saúde, que vão poder pensar, problematizar, denunciar e anunciar novas probabilidades para os processos que estão se apresentando nesta política em Ivaiporã/PR. O breve ensaio deste trabalho demonstra que a

Universidade e o curso de Serviço Social precisam criar mecanismos para, junto aos trabalhadores, fazer a defesa de um projeto de saúde que represente as necessidades da classe trabalhadora, seus interesses e vislumbre a construção de uma nova ordem societária, justa, igualitária e ancorada pela liberdade.

Por fim, historicamente pode-se visualizar que será somente nos espaços de mobilização e organização social que se conseguirá lutar e avançar por uma sociedade em que “sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres”, como bem pronunciou Rosa Luxemburgo. Mas também serão nestes espaços que se pode lutar por um SUS público, qualitativo, universal, equânime, que atenda às necessidades da população com serviços e equipes suficientes, como foi socialmente construído para ser, embora sofra ataques diários da política neoliberal e da precarização que atende à interesses privados.

Assim, enquanto classe trabalhadora é imprescindível não perder de horizonte esta política social, que tanto expressa luta da população, bem como é preciso fazer a defesa de seu alargamento, pois é uma política que está presente em diversos âmbitos de nossas vidas. Evidentemente, somente os trabalhadores, enquanto sujeitos sociais e históricos, possuem esse potencial de transformação social e podem buscar uma ordem societária diferente desta desigual na qual vivemos. Como declama Mauro Iasi:

Quando os trabalhadores perderem a paciência  
 As pessoas comerão três vezes ao dia  
 E passearão de mãos dadas ao entardecer  
 A vida será livre e não a concorrência  
 Quando os trabalhadores perderem a paciência

Certas pessoas perderão seus cargos e empregos  
 O trabalho deixará de ser um meio de vida  
 As pessoas poderão fazer coisas de maior pertinência  
 Quando os trabalhadores perderem a paciência

O mundo não terá fronteiras  
 Nem estados, nem militares para proteger estados  
 Nem estados para proteger militares prepotências  
 Quando os trabalhadores perderem a paciência

A pele será carícia e o corpo delícia  
 E os namorados farão amor não mercantil  
 Enquanto é a fome que vai virar indecência  
 Quando os trabalhadores perderem a paciência

Quando os trabalhadores perderem a paciência  
 Não terá governo nem direito sem justiça  
 Nem juízes, nem doutores em sapiência

Nem padres, nem excelências

Uma fruta será fruta, sem valor e sem troca  
Sem que o humano se oculte na aparência  
A necessidade e o desejo serão o termo de equivalência  
Quando os trabalhadores perderem a paciência

Quando os trabalhadores perderem a paciência  
Depois de dez anos sem uso, por pura obscelescência  
A filósofa-faxineira passando pelo palácio dirá:  
“declaro vaga a presidência”!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Marina Maciel ; CARDOSO, Franci Gomes . Mobilização Social e Práticas Educativas desempenhadas pelo Assistente Social. In: CFESS, ABEPSS (org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. 1. ed. v. 1. Brasília: CEAD/UnB/CFESS/ABEPSS, 2009, p. 593-608.

ALVES, Ana Rodrigues Cavalcanti. O conceito de hegemonia: de Gramsci a Laclau e Mouffe. **Lua Nova**, São Paulo, nº 80, p. 71-96, 2010.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio Bezerra. A Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio e Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 783-836.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 29-60 .

BATISTA, Paulo Nogueira. **O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos**.1994. Disponível em: <[http://www.usp.br/fau/cursos/graduacao/arq\\_urbanismo/disciplinas/aup0270/4dossi e/nogueira94/nog94-cons-washn.pdf](http://www.usp.br/fau/cursos/graduacao/arq_urbanismo/disciplinas/aup0270/4dossi e/nogueira94/nog94-cons-washn.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2015.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. 1. ed. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizada por Marcos Antônio Oliveira Fernandes. 16. ed. São Paulo: Rideel, 2010, p. 242.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 60.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 110.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 16.

\_\_\_\_\_. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009, p. 282.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

\_\_\_\_\_, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 197-217.

BRECHT, Bertold. **Epígrafe**: “Que tempos são estes, em que temos que defender o óbvio?”. Acervo particular da autora, 2013.

BUARQUE, Chico. **Epígrafe**: “Sonho impossível”. Acervo particular da autora, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. 1991. 392 fls. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Campinas, Campinas, 1991.

CARINHATO, Pedro Henrique. Neoliberalismo, Reforma do Estado e Políticas Sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil. **Aurora**, Ano II, n. 03, dez. 2008.

COHN, Amélia. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Saúde no Brasil**: políticas e organização dos serviços. 5. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003, p. 11-55.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. [reimpressão]. Brasília: CFESS, 2013.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. 2015. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 30 out. 2015.

ELIAS, Paulo Eduardo M.. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003, p. 57-117.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, v. especial, n 120, p. 706-722, jul. 2015.

FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Maria Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea. (Org). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 43-67.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2003.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 701-718.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 15. ed. Rio de Janeiro: Edições Loyola, 2006.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 24. Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_, Marilda Vilella. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social**. 2010. Disponível em: <[http://unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto\\_introdutorio\\_Marilda\\_lamamoto.pdf](http://unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto_introdutorio_Marilda_lamamoto.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2015.

\_\_\_\_\_, Marilda Vilella. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IASI, Mauro. **Epígrafe**: “Dissidência ou arte de dissidir”. Acervo particular da autora, 2014.

\_\_\_\_\_, Mauro. **Poema**: “Quando os trabalhadores perderem a paciência”. Acervo particular da autora, 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

IPARDES. **Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social**. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/>>. Acesso em: 05 ago. 2015.

JAMBEIRO, Othon et al. **Tempos de Vargas**: o rádio e o controle da informação. Salvador: EDUFBA, 2004.

JUNIOR, João Baptista Risi; NOGUEIRA, Roberto Passos. (Coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

KRUGER, Tânia Regina. Serviço Social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 09, n. 10, p. 123-145, dez. 2010.

LARA, Ricardo. Pesquisa e Serviço Social: da concepção burguesa de ciências sociais à perspectiva ontológica. **Revista. Katálysis**, Florianópolis, v. 10 n. especial. p. 73-82, 2007.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: LAURELL, Asa Cristina. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995, p. 151-179.

LIMA, Ana Lúcia Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, p. 1037-1051, 2003.

LUNA, Lara. Fazer viver e deixar morrer: a má-fé da saúde pública no Brasil. In: SOUZA, Jessé. **A ralé brasileira: quem é e como vive**. 1. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009, p. 305-327.

LUXEMBURGO, Rosa. **Frase**: “Por um mundo onde sejamos...”. Acervo particular da autora, 2012.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MATOS, Maurílio Castro de. Assistente Social: trabalhador(a) da área da saúde - reflexões a partir do debate brasileiro. **Interacções**, Coimbra, n. 17, p. 45-63, out. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. O papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na operacionalização das Redes de Atenção à Saúde. In: Brasil. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

\_\_\_\_\_, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

\_\_\_\_\_, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 549.

\_\_\_\_\_, Eugênio Vilaça. O sistema único de saúde: um processo social em construção. In: MENDES, Eugênio Vilaça. (Org.). **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 57-98.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 09-30.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_, José Paulo. “Cinco notas a propósito da “questão social”. In: NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 141-160.

\_\_\_\_\_, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

OMS. **Primary Health Care**: Geneva, WHO. 1978. Disponível em: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)>. Acesso em: 10 ago 2015.

ORTIZ, Fátima Grave. **O Serviço Social no Brasil**: os fundamentos de sua imagem e da autoimagem de seus agentes. Rio de Janeiro: E-papers, 2010.

OLIVEIRA, Marcelo Nascimento de. MARINO, Peterson Alexandre. MACHADO, Vanessa Rombola. O estágio supervisionado no processo de formação profissional: reflexões acerca do estágio em Serviço Social na UEM/Ivaiporã. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL, n. 01, 2015, Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2015, p. 01-12.

PAIM, Jairnilson et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf)>. Acesso em: 03 ago 2015.

PEIRANO, Mariza. A favor da etnografia. In: FONTOURA, H. A.. A etnografia na saúde: tecendo perspectivas interdisciplinares. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 309-312, 2007.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2001. Disponível em: <[www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf)>. Acesso em: 03 ago 2015.

ROCHA, Sonia. **Pobreza no Brasil**: afinal, do que se trata? 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

ROSA, Maria Virgínia de Figueiredo Pereira do Couto; ARNOLDI, Marlene Aparecida Gonzalez Colombo. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho.; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, n.13, p. 1027- 1034, nov./dez. 2005.

SÁ, Celso Pereira de et al. A memória histórica de Getúlio Vargas e o Palácio do Catete. **Estudos de Psicologia (UFRN)**, Natal, v. 13, p. 49-56, 2008.

SANTOS, Theotônio dos. Subdesenvolvimento e dependência. In: LOWY, Michael (Org.). **O marxismo na América Latina**: uma antologia de 1909 até os dias atuais. 3. ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2012, p.398-402.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth M. **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SOUZA, Jessé. **A ralé brasileira**: quem é e como vive. 1. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 17-45.

TEIXEIRA, Joaquina Barata, BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social**. 2009. Disponível em:

<<http://www.prof.joaodantas.nom.br/materialdidatico/material/4 - O projeto etico-politico do Servico Social.pdf>>. Acesso em: 03 out 2015.

TOTALIDADE. In: BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001, p. 381-382.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio e Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 531- 562.

YAZBEK, Maria Carmelita. **O significado sócio-histórico da profissão**. 2009. Disponível em: <<http://www.prof.joaodantas.nom.br/materialdidatico/material/1 - O significado socio- historico da profissao.pdf>>. Acesso em: 01 out 2015.

WHO. World Health Organization. **Primary Health Care**: Genebra, WHO. 1978. Disponível em: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)>. Acesso em: 20 ago 2015.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA - SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

1. Qual é a sua função nesta instituição? / Desde quando o(a) senhor(a) trabalha na instituição? / Por que está nesta função?
2. O que o(a) senhor(a) entende por saúde e doença? / O que o(a) senhor(a) entende por saúde pública?
3. O que o(a) senhor(a) entende por Atenção Básica de Saúde (ABS)?
4. Como o(a) senhor(a) avalia as políticas do Sistema Único de Saúde que são voltadas para a ABS? / O(a) senhor(a) acha que as políticas de saúde tal como propostas pelo Sistema Único de Saúde estão funcionando bem na ABS?
5. Como estava a ABS anteriormente à sua entrada como gestor da Secretaria de Saúde? (Equipes de ESF, UBS, Articulação da ABS com a média e alta complexidade) / Quais foram e/ou estão sendo as realizações da sua gestão (como Secretário/Gestor) na questão da construção da ABS em Ivaiporã/PR?
6. O que o(a) senhor(a) aponta como as principais questões positivas do serviço de saúde pública que vem sendo realizado em Ivaiporã/PR? / O que o(a) senhor(a) aponta como as principais questões negativas de saúde pública que vem sendo feito em Ivaiporã/PR?
7. O(a) senhor(a) saberia nos dizer quais são as principais queixas dos usuários no que se refere à este serviço de saúde pública?
8. O que o(a) senhor(a) analisa que precisa mudar na saúde pública de Ivaiporã/PR?
9. Como o(a) senhor(a) analisa o funcionamento e participação do Controle Social? O /a senhor(a) participa?
10. O(a) senhor(a) conhece a profissão de Serviço Social?
11. O(a) senhor(a) saberia dizer o que este profissional de Serviço Social, o(a) assistente social, faz/realiza?
12. Por que não tem assistentes sociais nas equipes de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs)?
13. O(a) senhor(a) entende que seria importante ter o(a) assistente social nas equipes de trabalho das UBSs? Se sim, por quê?

**APÊNDICE B****ROTEIRO DE ENTREVISTA – DIRETORA DA 22ª REGIONAL DE SAÚDE**

1. Qual é a sua função nesta instituição? / Desde quando o(a) senhor(a) trabalha na instituição? / Por que está nesta função?
2. O que o(a) senhor(a) entende por saúde e doença? / O que o(a) senhor(a) entende por saúde pública?
3. O que o(a) senhor(a) entende por Atenção Básica de Saúde (ABS)?
4. Como o(a) senhor(a) avalia as políticas do Sistema Único de Saúde que são voltadas para a ABS? / O(a) senhor(a) acha que as políticas de saúde tal como propostas pelo Sistema Único de Saúde estão funcionando bem na ABS?
5. O que o(a) senhor(a) aponta como as principais questões positivas do serviço de saúde pública que vem sendo realizado em Ivaiporã/PR? / O que o(a) senhor(a) aponta como as principais questões negativas de saúde pública que vem sendo feito em Ivaiporã/PR?
6. O(a) senhor(a) saberia nos dizer quais são as principais queixas dos usuários no que se refere A este serviço de saúde pública?
7. O que o(a) senhor(a) analisa que precisa mudar na saúde pública de Ivaiporã/PR?
8. Como o(a) senhor(a) analisa o funcionamento e participação do Controle Social? O(a) senhor(a) participa?
9. O(a) senhor(a) conhece a profissão de Serviço Social?
10. O(a) senhor(a) saberia dizer o que este profissional de Serviço Social, o(a) assistente social, faz/realiza?
11. Tem assistentes sociais na equipe de trabalho da Regional? Se não, por quê?
12. O(a) senhor(a) entende que seria importante ter o(a) assistente social nas equipes de trabalho da Regional?
13. O(a) senhor(a) entende que seria importante ter o(a) assistente social nas equipes de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBSs)?
14. Nos demais municípios em que a Regional é responsável, tem assistentes sociais nas equipes de trabalho das UBSs? Em quais?

**APÊNDICE C**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA - ASSISTENTE SOCIAL DO CENTRO MUNICIPAL**  
**DE SAÚDE**

1. Qual é a sua função nesta instituição/ Quais ações desempenha?
2. Desde quando trabalha na instituição?
3. O que o(a) senhor(a) entende por saúde e doença?
4. O que o(a) senhor(a) entende por saúde pública?
5. O que o(a) senhor(a) entende por Atenção Básica em Saúde (ABS)?
6. Como o(a) senhor(a) avalia as políticas do Sistema Único de Saúde que são voltadas para a ABS? / O(a) senhor(a) acha que as políticas de saúde tal como propostas pelo Sistema Único de Saúde estão funcionando bem na ABS?
7. O que o(a) senhor(a) aponta como as principais questões positivas deste serviço? / O que o(a) senhor(a) aponta como as principais questões negativas deste serviço?
8. O(a) senhor(a) saberia nos dizer quais são as principais queixas dos usuários no que se refere a este serviço?
9. O que o(a) senhor(a) acha que precisa mudar neste serviço?
10. O que o(a) senhor(a) acha do funcionamento e participação do Controle Social? O(a) senhor(a) participa?
11. Como o(a) senhor(a) enxerga a importância do Serviço Social na ABS?
12. Como o(a) senhor(a) entende o fato de não ter assistentes sociais nas equipes de trabalho nas UBS?
13. O(a) senhor(a) acha que seria importante ter o(a) assistente social nas equipes de trabalho das UBSs? Se sim, quais contribuições que este profissional poderia desempenhar?
14. O(a) senhor(a) conhece os Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde? O que acha deste documento?

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa destinada ao meu Trabalho de Conclusão de Curso, a qual faz parte do curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá, Campus Regional do Vale do Ivaí, tendo como orientadora a Prof<sup>a</sup> Maria Celeste Melo da Cruz, sob minha responsabilidade, pesquisadora discente Taiane Cristine de Jesus Garcia Scarparo.

O objetivo da pesquisa é discutir as possibilidades de inserção e contribuição do(a) assistente social na política de atenção básica em saúde do município de Ivaiporã/PR. Para isto a sua participação é muito importante, pois a socialização dos seus conhecimentos sobre os serviços públicos de saúde ofertados no município de Ivaiporã/PR contribuirá de forma significativa para uma análise mais fecunda deste estudo.

Informamos que não existem riscos decorrentes de sua participação na pesquisa, podendo ocorrer apenas desconfortos no sentido de não saber responder o perguntado, o que lhe dá o direito de não aceitar responder caso não se sinta confortável. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Informamos que as informações serão utilizadas para os fins desta pesquisa e, por seu cargo ser de \_\_\_\_\_, as informações declaradas durante a entrevista serão tratadas de forma respeitosa e com a finalidade de publicizar cientificamente dados sobre a política de saúde do município, sem qualquer intento de denegrir sua imagem pessoal e/ou do município. O benefício esperado é contribuir com a produção de conhecimentos científicos voltados para o município de Ivaiporã/PR, de modo a tecer subsídios que possam auxiliar a construir com maior qualidade as políticas públicas que são ofertadas à população nesta localidade.

Informamos, ainda, que a entrevista será gravada e posteriormente transcrita. Após a transcrição e análise dos dados coletados o material será inutilizado e descartado.

Caso o senhor tenha maiores dúvidas, ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos telefones que seguem no final deste documento.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue o(a) senhor(a). Além da assinatura nos campos específicos por mim, a pesquisadora, e pelo senhor, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pela pesquisadora e pelo senhor, como sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e concordo em participar voluntariamente da pesquisa orientada pela Prof.<sup>a</sup> Maria Celeste Melo da Cruz, sob responsabilidade da pesquisadora discente Taiane Cristine de Jesus Garcia Scarparo. Declaro, ainda, aceitar que as informações que foram aqui declaradas sejam publicizadas na pesquisa, mesmo que seja utilizado meu nome e falas, de modo a contribuir com a construção do trabalho da pesquisadora.

Ivaiporã/PR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do(a) entrevistado(a)

Eu, Taiane Cristine de Jesus Garcia Scarparo, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa supra-nominada.

Ivaiporã/PR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da pesquisadora

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com a pesquisadora, conforme as informações abaixo:

Nome: Taiane Cristine de Jesus Garcia Scarparo

Celular: XXXXXX – E-mail: XXXXX

Nome: Maria Celeste Melo da Cruz

Celular: XXXXX – E-mail: XXXXX