



Universidade Estadual de Maringá
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CAMPUS REGIONAL DO VALE DO IVAÍ-CRV
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL



LUCILENA GRANDO

**REFLEXÕES ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LUNARDELLI/PR**

Ivaiporã - PR

2018

LUCILENA GRANDO

**REFLEXÕES ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LUNARDELLI/PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Estadual de Maringá, como
requisito parcial para obtenção de título de
bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lilian T. Candia de
Oliveira

Ivaiporã-PR

2018

LUCILENA GRANDO

**REFLEXÕES ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LUNARDELLI/PR**

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

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lilian Tatiane Candia de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof. Dr. Componente da Banca
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof. Dr. Componente da Banca
Universidade Estadual de Maringá-UEM

Ivaiporã, _____ de _____ de 2018.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus, que me ouviu nos momentos mais difíceis, me confortou e me deu forças para superar as dificuldades.

Aos meus pais, que são minha base, aqueles que me ensinaram a seguir o caminho correto, sempre do meu lado, fornecendo apoio, compreensão, fazendo-me perceber que para se realizar um sonho demanda muita força e determinação, acompanhado de caráter e responsabilidade. Pai e mãe, tenho muito orgulho de vocês, e sei que se orgulham de mim.

A minha Mãe Zenilde, que me ensinou a ser uma mulher de força, com caráter e dignidade para enfrentar a vida, me deixando livre para fazer as escolhas, entretanto, sempre indicando o caminho correto a seguir.

A meu pai, José, que me ensinou os valores da vida, que apesar de toda a sua simplicidade me incentivou a estudar. Obrigada pai, pelas inúmeras vezes que o senhor me esperou no portão de casa apenas para me desejar “boa viagem” ou dizer “já está quase acabando”. Quero que saiba, pai, que suas palavras de incentivo foram fundamentais nessa caminhada.

Aos meus filhos Luana e Murilo, que são a razão do meu existir, foi pensando em vocês que mantive forte a caminhada. Agradeço em especial a Luana, por toda compreensão, pela minha ausência e por toda ajuda durante esse período.

Ao meu esposo, Emerson, que sempre se mostrou firme ao meu lado, me apoiando e dividindo as tarefas, se mostrando um pai de excelência, cuidando da nossa família, para que todas as noites eu pudesse me ausentar de casa.

Agradeço aos colegas de trabalho que sempre me incentivaram, os quais tantas vezes não me deixaram cair, mostrando que para alcançar um objetivo é necessário muita luta e determinação.

Agradeço imensamente a cada um dos meus colegas de classe, cada um com sua particularidade, que me receberam calorosamente, me fazendo sentir acolhida a cada dia mais, e que fizeram das minhas noites as melhores.

Agradeço a todos os docentes que estiveram presentes nestes quatro anos. O meu muito obrigada por cada conhecimento adquirido. Agradeço a professora, e hoje coordenadora do curso, Celeste, pela sua dedicação na formação de profissionais de excelência.

Agradeço ainda à Prof.^a Dra. Lilian, minha orientadora, que desde o início da pesquisa demonstrou-se sempre presente e com uma positividade contagiante. Agradeço pela dedicação, paciência e por todo conhecimento transmitido ao longo dessa pesquisa.

Enfim, muito obrigada a todos/as que direta ou indiretamente participaram do processo de formação que levarei como bagagem para a vida toda. O meu muito obrigada.

"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos" - Fernando Teixeira de Andrade.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica em Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas e Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CFESS	Conselho Federal dos Assistentes Sociais
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
ESF	Equipes de Saúde da Família
FUNABEM	Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
FUNRURAL	Fundo de Assistência do Trabalhador Rural
IAPAS Social	Instituto Administrativo Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes
IAPETC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Trabalhadores e Transporte de cargas
IAPFESP	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos
IAPI	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Fundação Legião Brasileira da Assistência
LOS	Lei Orgânica do SUS
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social

NOAS	Normas Operacionais Básica de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PET	Programa de Educação do Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Programa Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PSF	Programa Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde Familiar

GRANDO, Lucilena. **Reflexões acerca do serviço social no âmbito da atenção básica de saúde do município de Lunardelli/PR**. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) Universidade Estadual de Maringá, 2018.

RESUMO

Este estudo se constitui como trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, elaborado na Universidade Estadual de Maringá-Campus Regional Vale do Ivaí, e objetiva refletir sobre o Serviço Social no âmbito da unidade básica de saúde do município de Lunardelli-PR, movido pelo seguinte problema: “como se configura o Serviço Social na unidade básica de saúde, no município de Lunardelli-PR? Para contemplar o objetivo proposto para esta pesquisa, foram definidos os seguintes objetivos específicos, atendidos nos três capítulos deste estudo, respectivamente: apresentar o processo histórico de desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil; conhecer como a bibliografia especializada em Serviço Social aborda a temática da política pública de saúde brasileira; compreender as considerações do assistente social em relação ao processo de trabalho desenvolvido na unidade básica de saúde do município de Lunardelli-PR. O estudo foi pautado nas premissas da pesquisa qualitativa, desenvolvendo-se por meio de revisão de literatura especializada e coleta de dados obtidos mediante o uso de um roteiro de entrevista semiestruturada, realizada junto ao assistente social que atua na UBS em questão. O estudo revelou que o acolhimento é amplamente realizado como ferramenta de intervenção na atuação do assistente social na saúde; que o acesso aos direitos é viabilizado por meio de socialização de informações e articulação com as demais políticas setoriais; e os desafios encontrados pelo profissional na unidade básica de saúde. Evidenciou ainda, o trabalho do assistente social no acesso aos direitos à saúde pública.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde. Unidade Básica de Saúde. Serviço Social.

GRANDO, Lucilena. **Reflections around Social Service in Scope of basic health care in the Lunardelli county.** 82f. Final Paper (Undergraduate Degree in Social Work) State University of Maringá, 2018.

ABSTRACT

This research project constitutes a Bachelor's Social Work last term paper elaborated at Maringá State University (south of Brazil) - Vale do Ivaí campus. It focuses on contemplating how social work services are held in the extent of the basic healthcare unit center (UBS) in the municipal district of Lunardelli, state of Paraná. Based on the singular question: How Social Work is delivered in the UBS of Lunardelli, Paraná? In order to contemplate the main objective proposed by this research, a few specific points were addressed along 3 chapters, defined as to introduce the historical development process to the Brazilian healthcare system; to summarize the specialized literature on social work related to public healthcare policy; and to understand the Lunardelli's UBS social worker's view on the services provided at the healthcare public unit. This research qualitatively explored through the review of literature and a semi-structured interview to collect data from the services offered at the Lunardelli's UBS by the social worker. The study revealed that the welcoming as a initial contact-making skill is widely performed as an intervention tool by the social worker; socialization of information and social rights network articulation is another tool used to guarantee people's access to social services and the challenges encountered by the social worker in the UBS. This research also pointed out how necessary is the Social Work contribution in accessing the healthcare system.

Key-Words: Public healthcare system. Basic healthcare public unit center. Social work

Sumário

INTRODUÇÃO	12
1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	15
1.1. A Saúde no Brasil: A Trajetória Histórica entre as Décadas 1930 e 1980	15
1.2 O Período Democrático e o Processo de Reforma Sanitária	23
1.3 Política de Saúde na Década de 1990: Projeto Privatista e os Rebatimentos na Saúde	28
1.4 Atenção Primária de Saúde	33
2. A DISCUSSÃO SOBRE A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE A PARTIR DA LITERATURA ESPECIALIZADA EM SERVIÇO SOCIAL	36
2.1. A Literatura Especializada em Serviço Social e a Temática da Política de Saúde Pública: seleção dos dados	36
2.2. Apresentação da Amostra Bibliográfica	36
2.3 Eixos Analíticos Privilegiados na Literatura do Serviço Social Sobre a Política Pública de Saúde na Atenção Básica	41
2.3.1 O Acolhimento e o Serviço Social na Saúde	42
2.3.2 O Serviço Social e o acesso aos direitos a saúde	45
2.3.3 O Serviço Social e os Desafios no SUS	46
2.4 Algumas Considerações Sobre a Pesquisa Bibliográfica	49
3. O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LUNARDELLI-PR	51
3.1 A Pesquisa Qualitativa na Leitura do Objeto	51
3.2 Etapas Procedimentais	52
3.2.1 Instrumentos de Coleta de Dados	52
3.2.2 Critério de Seleção da Instituição e Sujeito da Pesquisa.....	53
3.2.3 A inserção da Pesquisadora no Campo Empírico	54
3.2.4 O Município de Lunardelli-PR	54
3.2.5 A Saúde Pública do Município de Lunardelli-PR	55
3.3 Análise dos Dados e Considerações Referentes à Realização da Pesquisa	56
3.3.1 O Serviço Social e o Acolhimento Na Unidade Básica de Saúde.....	56
3.3.2 O Serviço Social e o Acesso Aos Direitos	59
3.3.3 Os Desafios do SUS: Com Foco Na Atuação do Assistente Social.....	60
3.4 Reflexões Referentes à Pesquisa no Campo Empírico	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68

REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	75
APÊNDICE A- Levantamento bibliográfico realizado na revista Serviço Social e Saúde	75
APÊNDICE B- Carta de apresentação	77
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
APÊNDICE D – Roteiro semiestruturado de entrevista	80

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa se constitui como Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade de Maringá – Campus Regional do Vale do Ivaí e tem como objeto de estudo o Serviço Social no âmbito da Saúde, mais especificamente da Unidade Básica de Saúde do município de Lunardelli-PR.

O interesse pelo tema ocorreu pelo fato da pesquisadora trabalhar na área da saúde como Técnica em Enfermagem e ter acompanhado a inserção do Serviço Social na UBS do município pesquisado, no ano de 2014, que, de início, se apresentou de forma tímida, mas, paulatinamente, foi ganhando espaço a cada ano. Sendo assim, desde que a pesquisadora ingressou na faculdade tem se fortalecido a vontade de ampliar o conhecimento referente ao trabalho do assistente social no âmbito da saúde.

No que tange ao trabalho do assistente social no âmbito da saúde, as ações profissionais precisam ter fundamentos teórico-metodológicos, éticos-políticos e os procedimentos técnicos operativos (BRASIL, 2010), de modo que possam conhecer mais a fundo a realidade na qual os sujeitos sociais estão inseridos, e para os quais são voltados os atendimentos e definidos objetivos a serem alcançados.

Por isso, parte-se do pressuposto de que existe relevância em pesquisar essa temática do Serviço Social no âmbito da saúde, principalmente quando se considera o trabalho desse profissional para viabilizar o acesso aos direitos, (principalmente em tempo de sucateamento das políticas sociais), uma vez que a inexistência do assistente social na saúde corresponde à dificuldade de acesso aos direitos dos usuários.

Nesse sentido, os parâmetros de atuação dos assistentes sociais no âmbito da saúde, pautados nas normativas que regulamentam a profissão, expõem competências necessárias para compreensão da realidade social a partir do contexto sócio histórico, e também para analisar de forma crítica a realidade para estabelecer estratégias de atendimento às demandas sociais.

A atuação do assistente social na saúde visa o fortalecimento da Política de Saúde, por meio da viabilização dos direitos sociais, socialização de informações e acesso aos programas, projetos e serviços tanto da política de saúde, quanto das demais que compõem a rede de proteção social dos municípios.

Assim, justifica-se a importância da presente pesquisa no entendimento de que

este estudo possibilita uma maior aproximação da sociedade, profissionais do Serviço Social, comunidade acadêmica, discentes e docentes à temática de pesquisa, ou seja: o debate referente ao Serviço Social na Política de Saúde.

Dessa forma, intentou-se neste estudo conhecer os limites e desafios na atuação profissional do assistente social e quais ações realizadas para viabilizar o acesso aos direitos sociais na unidade básica de saúde do município de Lunardelli-PR, a partir das devolutivas do assistente social que atua na UBS. Para tanto, definiu-se como objetivo desta pesquisa refletir sobre o Serviço Social no âmbito da unidade básica de saúde do município de Lunardelli-PR, com intuito de responder ao problema de pesquisa: “como se configura o Serviço Social na unidade básica de saúde, no município de Lunardelli-PR?”

A fim de atingir o objetivo proposto, foram desenvolvidos três objetivos específicos, atendidos em cada capítulo deste estudo. Assim o primeiro capítulo tem como objetivo apresentar o processo histórico de desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil, a partir da literatura especializada, por meio de uma contextualização histórica dessa política, delineando temporalmente o recorte da década de 1930 a 1990. Na sequência, aborda-se uma breve apresentação na qual destacamos que após a criação do SUS o Ministério da Saúde ficou responsável pelas efetivações dessa política. Para tanto, foi necessária a criação das Normas Operacionais Básicas de Saúde e *Pactos pela Saúde*, e num terceiro momento, ainda neste primeiro capítulo, realizamos uma breve apresentação da atenção primária à saúde.

O segundo capítulo objetivou conhecer como a bibliografia especializada em Serviço Social aborda a temática da política pública de saúde brasileira, por meio dos periódicos selecionados mediante levantamento bibliográfico na revista Serviço Social e Saúde, com recorte de 2007 a 2017. A discussão foi realizada a partir de onze artigos, os quais foram analisados de acordo com os eixos analíticos resultante da amostra selecionada: o acolhimento e o Serviço Social na saúde; o Serviço Social e o acesso aos direitos e o Serviço Social e os desafios no SUS.

O conteúdo inicial do terceiro capítulo refere-se aos procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa: o conceito de pesquisa qualitativa; os aspectos relacionados às etapas procedimentais; a caracterização do município de Lunardelli-PR; a unidade básica de saúde; instrumentos de coleta de dados; critérios para a seleção da instituição e sujeito da pesquisa, bem como o relato da inserção da pesquisadora no campo empírico. O conteúdo do final do terceiro

capítulo objetivou compreender as considerações do assistente social em relação ao processo de trabalho desenvolvido na unidade básica de saúde do município de Lunardelli-PR, por meio de entrevista semiestruturada. Suas devolutivas possibilitaram a realização da análise dos dados a partir dos seguintes eixos analíticos: intervenções do Serviço Social a partir do acolhimento; o Serviço Social no acesso aos direitos e os desafios do SUS: com foco na atuação do Serviço Social.

Na sequência, são apresentadas as considerações e reflexões referentes a realização da pesquisa de campo, bem como as considerações finais, que discorrem sobre os resultados da pesquisa e as possíveis contribuições, tanto para estudantes, assistentes sociais, quanto para a sociedade como um todo.

1. POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A política de Saúde no Brasil se constitui um dos principais campos de trabalho dos assistentes sociais. Portanto, refletir sobre esse tema exige, ainda que minimamente, o entendimento de como essa política tão importante para a classe trabalhadora (haja vista que ela está diretamente relacionada à vida), foi se constituindo ao longo do tempo.

Desta forma, o primeiro capítulo tem como objetivo refletir a trajetória histórica da política de saúde no Brasil, no desenvolvimento de uma contextualização histórica desde década de 1930 a 1990, e num segundo momento, aborda-se uma breve apresentação, na qual ressaltamos que após a criação do SUS, o Ministério da Saúde ficou responsável pelas efetivações dessa política, para tanto, foram necessária a criação das Normas Operacionais Básicas de Saúde e *Pactos da saúde*. Ainda neste primeiro capítulo, realizamos uma breve apresentação da atenção primária de saúde.

1.1. A Saúde no Brasil: A trajetória Histórica entre as Décadas 1930 e 1990.

A assistência à saúde dos trabalhadores nos países capitalistas centrais foi sendo assumida pelo Estado, aliado ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. A conquista dos direitos dos trabalhadores relativos à saúde ocorreu por meio da intervenção estatal, que tinha como principal objetivo a manutenção da ordem social do capital e das relações entre as classes (BRAVO, 2001).

No Brasil a intervenção Estatal, aconteceu no século XX, mais visivelmente a partir de 1930. Bravo (2001, p. 02), explica que até o “século XVII a assistência era praticada de forma filantrópica e prática liberal”. No século XIX, devido as transformações econômicas e políticas foram criadas algumas estratégias como campanhas limitadas a questões epidemiológicas e vigilância no exercício dos profissionais ligados a saúde privada. Nos últimos anos desse século a questão da saúde aparece na agenda política do Estado, decorrente dos movimentos da classe trabalhadora que se inseriu no cenário político e passou a reivindicar seus direitos. Por isso, a partir do século XX, novas iniciativas por parte do Estado e organizações

da própria sociedade civil são criadas, para atender aos reclames da classe operária, principalmente a partir de 1930 (BRAVO, 2001).

Portanto, a saúde no Brasil emerge como “[...] questão Social no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletido o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado” (BRAGA; PAULA, 1985, p. 41-42).

Além disso, a questão da saúde ganhou visibilidade porque tanto se tornou uma ameaça a classe dominante (as epidemias), quanto poderia prejudicar a produção dos trabalhadores assalariados.

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).

Segundo Braga e Paula (1985), com o avanço das indústrias, a saúde passou a ser de interesse do sistema capitalista de produção. Principalmente quando as condições de vida dos trabalhadores chegaram a um ponto em que começou a ameaçar o processo de acumulação do capital, trazendo o perigo de contaminação de doenças para a classe burguesa. Esse contexto forçou o Estado, a tomar medidas para a diminuição desses 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, 1985, p.11).

Como salientado, a saúde pública na década 1920 entrou na agenda governamental brasileira, num movimento da classe operária que tentava alargar as fronteiras dessa política social. Nesse contexto, a reforma Carlos Chagas, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para algumas empresas brasileiras, em 1923, representou um avanço no âmbito de atendimento à saúde. Por parte do poder central, essa era uma estratégia da União em ampliar o poder nacional, no interior da crise política que vinha sendo sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922. Neste período foi considerada também a questão de higiene e saúde do trabalhador. Com as CAPs foi possível proporcionar uma cobertura de saúde aos trabalhadores por meio do esquema previdenciário brasileiro (COHN, 2005).

Assim, partir do decreto nº 4.682, 24 de janeiro de 1923¹, denominada Lei Eloy Chaves, foi instituído oficialmente a CAPs, que passou a ser organizado nas empresas ferroviárias e também progressivamente para as demais categorias profissionais. O critério de obrigatoriedade eram as empresas que tivessem mais de cinquenta empregados, sendo que nas empresas com menor número de funcionários, ficava a critério da empresa a aplicação da Lei (COHN, 2005).

A lei Eloy Chaves ao atender algumas reivindicações dos trabalhadores, evitava que eles se envolvessem com algum tipo de influência dos movimentos de greves que estavam prejudicando o ritmo da produção no país. Os direitos viabilizados nas empresas mantinha o controle sobre os trabalhadores, evitando o envolvimento em greves, os mantinham concentrados em apenas cumprir as tarefas (COHN, 2005).

Para Bravo (2001), os benefícios eram limitados e proporcionais às contribuições e era estendida as famílias dos trabalhadores. Estavam previstos na CAPs a assistência medica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Cohn (2005), também apresenta alguns traços que ainda perduram no sistema previdenciário até os dias de hoje. O primeiro, instituído pela iniciativa do Estado, possibilitou um aparato social em forma de seguro social, que funcionou como uma espécie de controle dos trabalhadores nos principais setores da economia. Dessa forma, o seguro tinha dupla função, o intuito de disciplinar a classe trabalhadora e assegurar o mínimo, tanto na sua sobrevivência para que seja capaz de reproduzir o seu trabalho, quanto prevenir e/ou cobrir despesas com possíveis acidentes no local de trabalho.

A autora também expõe que essa forma de financiamento, está relacionada com o recolhimento de impostos no qual o empregador contribui com encargos sociais, por meio de sua produção e serviços prestados e, em seguida, a cobrança de impostos recai sobre o salário dos trabalhadores, como meio para obtenção dos “direitos”. Ou seja, equivalendo-se a um seguro (COHN, 2005).

A forma de seguro social que possibilitou o acesso dos trabalhadores e seus familiares à assistência médica foi organizada pela CAPs por meio da organização

¹ O decreto nº4. 682, 24 de janeiro de 1923. Fica decretado que cada empresa, ou estrada de ferro do país, cria uma caixa de pensão e aposentadoria para seus empregados (COLEÇÃO DAS LEIS DO BRASIL. 1923. V. 1, P. 126).

das empresas médicas. A privatização de saúde no Brasil teve seu início por não acarretar prejuízo para os cofres públicos; os atendimentos médicos tinham um viés assistencialista aos segurados.

Para Bravo (2001), os primeiros trabalhadores do setor urbano que lutaram pelos direitos e organizações das CAPs foram os ferroviários em 1923, em seguida os estivadores e os marítimos em 1926, e os demais apenas em 1930.

Esse sistema previdenciário é resposta a uma grande luta em prol dos direitos sociais, que foram constituídos por meio de movimentos grevistas no início do século XX. Alguns setores ainda não tinham se adaptado, mas a CAPs estava cada vez mais se alastrando no sudeste do país. A autora salienta que a “partir de 1930, o sistema previdenciário brasileiro passa por uma profunda reformulação, numa conjuntura marcada por várias crises econômica mundial, que leva o país buscar uma nova forma de inserção no mundo capitalista” (Cohn, 2005, p.16). Essa grave crise tanto política, quanto social, afetava em cheio os trabalhadores, que sofriam os efeitos econômicos e de exportação.

No período de 1933 a 1938 as CAPs foram unificadas pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões, passando a serem organizadas por categorias profissionais e não por empresas. Em 1933 foi criada a categoria dos marítimos (IAPM), em 1934 dos comerciários (IAPC) e dos bancários (IAPB), em 1936 dos industriários (IAPI), em 1938 os de trabalhadores e transporte de carga (IAPETC) (Cohn 2005).

As mudanças não aconteceram apenas nas siglas, com os IAPs a direção passou para um funcionário do poder executivo, tendo representante paritário, ou seja, são assessorados por uma igualdade de representantes de empregadores e empregados, sem poder deliberativo legal. “Esses representantes, tinham que preencher os requisitos legais, aprovado pelo crivo do Ministério, indústria e Comércio, criados em 1930” (COHN, 2005, p.17).

Essa nova estrutura previdenciária, foi criada ao mesmo tempo da criação da legislação trabalhista e sindical, e instituiu um novo padrão de relação do Estado com a sociedade civil, a qual tudo relacionado ao trabalho passa a ser responsabilidade do ministério do trabalho.

Sendo assim, toda forma de regulamentação da relação capital-trabalho, pode ser compreendida historicamente pela demanda do trabalho. A classe dominante reconheceu os direitos sociais de alguns setores assalariados urbanos, que foram

atendidos devido a dois motivos: a luta pela parte dos trabalhadores, e, também como forma de contenção de maiores reivindicações trabalhista (COHN, 2005 p.17).

Neste mesmo sentido, as alterações executadas no âmbito social na sociedade brasileira a partir da década de 1930, ocorreram porque passaram a ser mais “visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores” (BRAVO, 2001, p. 3).

Com características econômicas e políticas a conjuntura de 1930 viabilizou novas políticas sociais nacionais que puderam responder à questão social, em suas múltiplas expressões em geral, mas em particular as da saúde, que desde a década de 1920 demandava uma maior atuação por parte do Estado:

Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação (BRAVO, 2001, p. 4).

A reformulação da política de saúde neste período era de caráter nacional e arranjado em dois subsetores: “o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública foi predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo” (BRAVO, 2001, p. 4). O subsetor da medicina previdenciária somente superou o de saúde pública a partir de 1966.

Segundo Braga e Paula (1986) foram adotadas várias medidas para a política de saúde pública no período entre 1930 a 1940. As principais medidas foram:

Trazendo ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norteamericana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (BRAGA; PAULA, 1986, p. 53-55).

Para Oliveira e Teixeira (1989), o modelo que dominou o período de (1923-1930) foi abrangente, e o modelo que norteou os anos 1930 a 1945 no Brasil foi de orientação contencionista. Para esses autores a previdência não estava preocupada com a prestação de serviços para o crescente número de trabalhadores, pelo contrário, se preocupava com acumulação de reservas financeiras. A legislação do período, que se inicia em 1930, procurou demarcar a diferença entre previdência e assistência social, que antes não havia. E também foram definidos orçamentos para despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica.

Durante a 2ª Guerra mundial foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com convênio do governo americano, patrocinado pela fundação Rockefeller². “No final dos anos 1940, com o Plano Salte de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais” (BRAVO, 2001, p. 5). O plano tinha previsões de investimento de 1949-1953, mas nem chegou a ser implantado.

Cohn (2005) analisa o perfil da política previdenciária brasileira como estagnada, e traz alguns traços principais dessa política como centralização, burocrático, ineficiente e político, neste sentido a autora aborda cada um deles:

A centralização apesar da multiplicidade dos institutos - em 1953 foi acrescido o IAPFESP, congregando os trabalhadores de ferrovias e serviços públicos e todas as CAPs ainda remanescentes, o burocrático monta-se um gigantesco aparato institucional, até porque se transforma progressivamente em cabine de empregos, a ineficiência na medida em que progressivamente afasta-se de seus objetivos manifesto de seguro e se transforma em poderoso instrumento econômico- para fins de acumulação e político para legitimação do poder instituído (COHN, 2005, p. 19-20).

Essa estrutura ganhou novos contornos a partir de 1946, com a estratégia de democracia populista que transformou os direitos sociais em instrumentos para agregar a classe trabalhadora ao poder instituído. Isso ao mesmo tempo em que os trabalhadores estão em luta constante fazendo intensas mobilizações, transformando o controle da previdência social em um aliado para as reivindicações que demandavam controle dos IAPS. A questão previdenciária estava em disputa entre a classe trabalhadora e o Estado. O Estado se defendia de forma clientelista e resistia a qualquer forma de controle reivindicado por parte dos trabalhadores urbanos, seus

² De acordo com Kobayashi; Faria e Costa (2009, p. 315), a “fundação Rockefeller atuou de modo decisivo na implementação de ações voltadas para a saúde pública no Brasil, especialmente naquilo denominado de movimento sanitário”.

principais e quase exclusivos financiadores. A autora relata que foram muitas as reuniões nas quais foram abordados assuntos relativos ao atendimento médico.

No período de 1950, “a corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento por meio do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização” (BRAVO, 2001, p. 5). No entanto, a assistência médica, apesar de pressões, ficou sendo ofertada pelos Institutos até 1964. “As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos” (BRAVO, 2001, p. 5).

Em 1960 a Lei Orgânica da previdência social³, propôs a unificação dos benefícios prestados pelos Institutos (aposentadoria e pensões). Com o novo arranjo a previdência ficou responsável pela prestação de benefícios previdenciários e assistência médica individual (BRAVO, 2001).

A partir de 1964, com o golpe militar os problemas não foram resolvidos, mas ampliados e se tornaram cada vez mais complexos. Bravo (2001), expõe que, neste período de 1964/1974, ocorreram um aumento das expressões da Questão Social, e seu enfrentamento se deu de maneira assistencialista, no qual o papel do Estado era de regulação para manutenção do capital:

Em face da “questão social” no período 1964-1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 2001, p. 6).

Também houve um distanciamento dos trabalhadores no que diz respeito a gestão previdenciária. Com a unificação da Previdência Social e junção dos IAPs 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, marcado por um papel interventivo crescente do Estado na sociedade (BRAVO, 2001).

A clientela a ser atendida neste período continuava sendo trabalhadores urbanos formalmente inseridos no mercado do trabalho. Mas, havia uma diferenciação no atendimento entre os trabalhadores de ponta: “É nessa dinâmica de tratamento diferenciado (que está longe da bipolaridade bom/ruim, mas sim pior/ou menos ruim)

³Lei Orgânica da Previdência Social Disponível em: **LEI Nº 3.807, DE 26 DE AGOSTO DE 1960**. Acesso em: 29 mai. 2018.

diferenciado ganha destaque assistência médica, tanto em termos de acesso quanto a qualidade técnica do atendimento e de hotelaria” (COHN, 2005, p. 22).

A autora expõe que ao mesmo tempo em que se faz essa diferença de tratamento também prevalecia o discurso estatal que o seguro social era universal. “Em 1963 havia sido criado o Fundo de Trabalhadores Rural, nunca implantado” (COHN, 2005, p. 22). Em 1971 foi criado o PRORURAL que era específico para manutenção do Fundo de Assistência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), representado por uma extensão da previdência social destinada aos trabalhadores rurais. Em 1974 a previdência social assume no interior da ditadura militar grande importância na política tendo uma relação direta entre Estado e trabalhadores, sobretudo, também a partir de recursos arrecadados por meio da União, cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em 1977 com uma reformulação do sistema previdenciário foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). O FUNRURAL ficou extinto com a criação do SINPAS. Com a nova organização ficaram separados os benefícios da assistência médica a previdência social, que ficou sob responsabilidade do INPS que era responsável por ambas (COHN, 2005). As sete entidades que fazem parte da SINPAS são:

O SINPAS, composto pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social) IAPAS (Instituto Administrativo Financeira da Previdência e Assistência Social) DATAPREV (Empresa de processamento de Dados da Previdência Social) LBA (Fundação Legião Brasileira da Assistência) FUNABEM (Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor) CEME (Central de Medicamentos) é surpreendido por vir a público em 1979 por iniciativa da secretaria de planejamento e não pelo MPAS, com enorme rombo financeiro da Previdência Social (COHN, 2005, p. 26).

Cohn (2005), expõe que com a crise econômica vem à tona a fragilidade financeira da SINPAS, por ter que atender a uma crescente demanda dos trabalhadores. Algumas propostas foram discutidas para enfrentar esse déficit, uma delas era ou aumentar a receita ou diminuir as despesas. Neste mesmo sentido, Bravo (2001), expõe sobre as limitações das ações desenvolvidas pelo Estado:

A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações. A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas

realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado (BRAVO, 2001, p. 8).

Nesse contexto, a autora explicita que o Ministério da Saúde, voltou a reestabelecer às medidas de saúde pública, mesmo de forma limitada, pois aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

A sociedade brasileira nos anos de 1980 “[...] vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou ao mesmo tempo uma profunda e prolongada crise econômica” (BRAVO, 2001, p. 8). Segundo a autora, no período de transição democrática não houve ganhos materiais por parte dos trabalhadores, devido ao pensamento conservador existente mesmo após os anos 1988. Esse período de transição e o período democrático é objeto de nossa reflexão no próximo tópico deste estudo.

1.2 O período democrático e o processo de Reforma Sanitária

O processo de Reforma Sanitária trata-se de um movimento social que estava totalmente vinculado a crítica e ao movimento da Medicina Preventiva. Por outro lado, esse movimento buscava soluções para crise na saúde, crise de autoritarismo e também objetivava enfrentar o dilema privatista. Para isso era sugerido uma prática teórica que tinha estreita relação com conhecimento e vivência de prática política, no sentido de participação efetiva na vida política.

Para enfrentar a crise na saúde foram sendo criados centros de estudos e associações nos quais eram possíveis debater com especialistas da área, formas de intervenção e mudança na saúde brasileira:

Para enfrentar o “dilema preventivista” (Arouca, 2003) sugeria-se uma ‘prática teórica’ produtora de conhecimentos, e uma ‘prática política’ voltada à mudança das relações sociais. Para o enfrentamento da crise da saúde (Arouca, 1975), a criação do CEBES⁴, em 1976, e da ABRASCO, em 1979, foram respostas sociais que buscavam articular as práticas política e teórica (PAIM, 2009, p.31).

⁴ O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde é uma entidade nacional criada em 1976, cuja missão histórica é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Disponível em: <http://cebes.org.br> Acesso em 04 nov. 2018.

A Reforma Sanitária articulou princípios e também propostas políticas, o autor argumenta que “o documento a questão democrática na área da saúde, apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) durante o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, registra esse momento da proposta CEBES, 1980.” (PAIM, 2009, p. 31). Pontuando uma grande articulação entre a Reforma Sanitária e a CEBES, que no processo de desenvolvimento histórico de luta em prol da saúde pública, no ano de 1979 foi proposto a criação do SUS, retomada e ampliada na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁵.

Paim (2009), afirma que os brasileiros foram muito ousados, pois articularam as lutas sociais com a produção de conhecimentos, fazendo desse movimento um desafio com muita ousadia. A sociedade brasileira ao mesmo tempo em que estava enfrentando a ditadura denunciava o autoritarismo que predominava nas instituições de saúde, “[...] defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos” (PAIM, 2009, p. 29). O SUS poderia ter se tornado um projeto macro-social sendo fruto do projeto de reforma sanitária, engajado com outras “políticas específicas sendo elas básicas, hospitalar, urgência e emergência, promoção da saúde, entre outras” (PAIM, 2009, p. 29). Portanto, o autor afirma que houve avanço na saúde, pois o SUS foi considerado o filho predileto da Reforma Sanitária brasileira e que muitos brasileiros fizeram história.

Esse processo foi reconhecido a partir da formalização do direito à saúde pública e universal pela Constituição Federal, chamada cidadã. É preciso ressaltar que na verdade o SUS vem antes de 1988 e foi constituído pela união dos movimentos sociais envolvendo homens e mulheres. O autor cita nomes de algumas personalidades que tinham um olhar enternecido sobre a Reforma, dentre eles, “Cecília Donnangelo, Carlos Gentile de Mello, Eric Jenner, Rosas, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Ricardo Lafetá, David Capistrano Filho, Antônio Sérgio da Silva Arouca, Guilherme Rodrigues da Silva, entre tantos outros” (PAIM, 2009, p. 29).

⁵ “A 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi um marco histórico nos discursos a saúde e sociedade. Teve como tema: I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial, e participaram da Plenária os sindicatos e centrais sindicais, associações profissionais e culturais, partidos políticos progressistas, movimentos populares, associações de usuários, entre outros” (PAIM, 2009, p. 29).

No ano de 1982 aconteceram Encontros de Secretarias Municipais de Saúde, sendo esses encontros de nível macrorregional, onde foi criado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde⁶ (CONASS) (SANTOS; AMARANTES, 2010).

Bravo (2001), expõe que nesse momento o projeto de Reforma Sanitária conta com novo cenário, no qual o sujeito social passou a discutir sobre a vida da população e também passou a apresentar propostas governamentais, pautados pelo debate realizado pela própria sociedade civil. Nesse sentido, a “saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2001, p. 9).

Bravo (2001) destaca mudança de cenário, no qual o profissional de saúde, representado pelas entidades, passa a defender questões mais amplas, como a melhoria na situação da saúde, fortalecimento do setor público e também o movimento sanitário tendo como aparato o CEBES.

Esse Centro possibilitou o debate em relação à saúde e democracia com elaboração e apresentação de contrapropostas ao modelo até então vigente. Esse movimento forçou os partidos políticos a colocarem em seus programas a temática da saúde e “viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil” (BRAVO, 2001, p. 9).

Reafirmando o que a autora expõe acima, o CEBES segue na direção da democracia, apoiando a sociedade civil que a partir da movimentação social se aproxima de uma possível reformulação da saúde no Brasil. As principais propostas para a reestruturação deste setor:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento

⁶ “O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), fundado em 3 de fevereiro de 1982, é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público, e que congrega os secretários e seus substitutos legais – gestores oficiais das Secretarias de Estado de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. Tem sede e foro na Capital da República. O CONASS atua como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações de seus membros, voltado para a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar em saúde e para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde”. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/20anos2.pdf>. >. Acesso em: 28 maio 2018.

efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde civil (BRAVO, 2001, p. 9).

Um marco importante na construção do sistema de saúde no Brasil foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. Onde a temática foi sobre: “I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial” (BRAVO, 2001, p. 9).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi diferenciada das outras que ocorreram anteriormente, essa contou com a participação de uma média de público de quatro mil e quinhentas pessoas, sendo que dentre essas, mil eram delegados. Por isso, essa Conferência é conhecida como um marco em relação as discussões de saúde e sociedade (BRAVO, 2001).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e CEBES estavam engajados diretamente com o projeto de Reforma, e na Conferência não foi diferente, os debates ganharam a tônica dos fóruns da Medicina Preventiva e Saúde Pública. Também contou com a participação das entidades e a representação da população, dos moradores, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento (BRAVO, 2001).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, da mesma maneira que foi importante para o processo de mudança do Sistema Nacional de Saúde em vigor. Essa teve como resultado imediato, em julho de 1987 na criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que tinha na proposta um olhar de 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 foi alterado no texto da Constituição Federal de 1988, caracterizando-se num maior ganho para a área da saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) (SCOREL, 1999).

Assim, com o fim do governo militar e de transição democrática que o país vivenciava, o Sistema Único de Saúde foi aprovado no 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).

Conforme diz os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, a área da 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, s/p).

No entanto, com o governo em transição ocorreu um retrocesso político e isso repercutiu diretamente na área da saúde, tanto de um ângulo econômico, quanto político, trazendo para o final da década de 1980, inúmeras incertezas relacionadas à implantação do projeto de Reforma Sanitária, podendo assim destacar: “a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados”(BRAVO, 2001, p.12). Outra característica, é que no final da década de 1980, ocorreu um fortalecimento da organização dos setores contrários à Reforma, que a partir de 1988 passa a influenciar significativamente o setor (BRAVO, 2001).

Como aponta Paim (2011), hoje no Brasil, no sistema de saúde prevalece, três subsetores que se dividem entre: público, privado e de saúde suplementar, fazendo com que as pessoas possam se utilizar de ambos, de acordo com suas necessidades e condições de pagamento. O subsetor público, tem os serviços financiados e oferecidos pelo Estado. No subsetor privado, está incluso as instituições de fins lucrativos ou não, tem os serviços financiados de diversas maneiras, com recursos privados, dos pacientes, 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. Deste modo:

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).

Nesse mesmo sentido, Bravo (2009), expõe a partir da década de 1990 passaram a coexistir dois projetos em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária, construído pelo movimento sanitário que lutava por uma reformulação da 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. Esse mote será objeto de nossas reflexões no próximo tópico do estudo.

1.3 Política de Saúde na Década de 1990: Projeto Privatista e os Rebatimentos na Saúde

Como supracitado, a saúde, desde a década de 1970 vem enfrentando muitos retrocessos e também movimentos que foram gerando importantes acontecimentos e conquistas ao longo dos anos. Nesse contexto é possível perceber dois projetos antagônicos, sendo um com restrita democracia, com diminuição dos direitos políticos e sociais; e outro, de uma sociedade pautada em democracia ampla e participação social (BRAVO; MATOS, 2012).

Esses dois projetos passam a ter uma grande repercussão na área das políticas sociais. O movimento de reforma sanitária é exemplo de projeto pautado em valores democráticos. Atuou na defesa de um ideal no qual o Estado tem o dever de garantir à sociedade a democracia e a efetivação dos direitos civis, políticos e sociais, esse último, por meio das políticas sociais e, conseqüentemente, a garantia de direito de acesso à saúde. Cabe ao Estado a criação de diretrizes para o controle social, democratização de acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços, adotada pelo novo modelo de assistência, pautado em integralidade e equidade das ações (BRAVO; MATOS, 2012).

O Projeto de Reforma Sanitária preconizou um modo diferenciado na relação Estado e sociedade, cabendo à sociedade a participação e definição de políticas setoriais, por meio da participação de Conselhos e Conferências de Saúde, configurando-se como mecanismo de gestão democrática na política de saúde. É preciso salientar que nesse modelo, “os conselhos não governam, mas estabelecem parâmetros de interesse público para o governo, exigindo democratização das informações e transparência do uso de recursos e demais ações desenvolvidas pelos governos” (BRAVO; MATOS, 2012, p. 203).

Ao contrário do Projeto de Reforma Sanitária, o projeto privatista está pautado em ajuste neoliberal, articulado ao mercado que tem como principal característica a contenção de gastos, racionando a oferta dos serviços, no qual o Estado desenvolve somente ações focalistas. Sendo assim, a partir dessa perspectiva o Estado deveria garantir o mínimo a quem não pode pagar pelo serviço, e quem tem possibilidade de custear os serviços de saúde, deve socorrer-se no setor privado, ou seja, quem tem condição financeira de pagar pelo serviço pode ter um atendimento em melhor escala dos que depende do serviço garantido pelo Estado (BRAVO; MATOS, 2012).

Costa (1997) explicita que as reformas na área da saúde apresentam como propostas: caráter focalista, para atender a população vulnerável, por meio de um pacote de serviços básicos para a saúde; ampliação da privatização e estímulo ao seguro privado; descentralização dos serviços locais e eliminação de qualquer fonte de financiamento.

As propostas de Política de Saúde pública construída na década de 1980 foram sendo gradativamente desconstruídas, pois se fortaleceu o ideário da saúde vinculada ao mercado, em parceria com sociedade civil, que, no final das contas, passou a assumir os custos da crise (BRAVO, 2001, p.14).

Segundo Elias (2003), a partir da orientação neoliberal, a política de saúde ganhou uma vertente de caráter economista, sendo inseridas mudanças que foram direcionadas de uma nova ordem econômica 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). Esse documento expôs um panorama da saúde e também aspectos relacionados à assistência e à saúde, focando na organização, custo benefício e na divisão das ações de poder público e privado.

Deste modo, passa a ser recomendado pelo Informe Banco Mundial:

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).

O artigo 199 da Constituição Federal de 1988 nos demonstra, de forma muito clara, a abertura que se teve para a área privada com este grande embate gestado. Podemos notar isto no 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, s/p).

A Constituição Federal, engloba a saúde como direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação deste sistema como sendo acesso a todos, ou seja, universal e igualitário. A organização do SUS deve obedecer as diretrizes como “descentralização com a fixação das direções pelas três esferas do governo, atendimento integral que compatibilize as atividades preventivas e as assistenciais, e a participação da comunidade, difundida como controle social” (ELIAS, 2003, p. 68). Para regulamentar as diretrizes previstas neste sistema, foram promulgadas as Leis 8.080/90⁷ e 8.142/90⁸, que formam a Lei Orgânica do SUS (ELIAS, 2003).

⁷ “A Lei 8.080/90 Lei orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao>>. Acesso: 29 mai. 2018.

⁸ A Lei 8.142/90 Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/legislacao>>. Acesso: 29 mai. 2018.

O ajuste econômico, a partir da política neoliberal, vem afetando o Sistema Único de Saúde, principalmente, relacionado ao seu funcionamento e estruturação. Deste modo, ao invés de termos 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 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, constituído um fundo administrado pelo Estado [...]. 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).

Nessa relação público e privado é possível perceber o papel historicamente exercido pelo Estado no Sistema de Saúde, organizando consumidores, direcionando financiamento e conciliando os interesses que estão em torno da saúde, sobretudo articulado a rede privada, seja tanto nos serviços, insumos e equipamentos (ELIAS, 2003).

O Estado é o grande financiador dos serviços de saúde, tanto no público como privado. O sistema organizou-se de tal modo que a atenção básica fica com o setor público, e a alta complexibilidade fica com o setor privado, isso com motivos óbvios, pois a atenção básica não proporciona lucros, em tese fica voltada para a prevenção e não às práticas curativas; por outro lado, a alta complexibilidade demanda um alto investimento que também não é de interesse do setor privado por isso existe o “mercado da saúde” que articula o investimento por parte do Estado. A oferta de serviços em hospitais e consultas médicas especializadas possibilitam o lucro advindos tanto de pacientes diretos, quanto de convênios com o SUS custeados pelo Estado:

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).

Após a criação do SUS, o Ministério da saúde (MS), ficou responsável pela política de saúde, sendo necessária a efetivação de normas para superar as falhas que foram aparecendo com a criação do Sistema, essas foram chamadas de Normas Operacionais Básicas (NOBs). Enquanto a NOB 1991 trata de esclarecer o processo de “municipalização”; a NOB 1993 aborda o financiamento e a NOB 1996 proporcionou diferentes níveis da gestão (SANTOS; AMARANTES, 2010).

A partir dos anos 2000 foram criadas normas operacionais básicas de saúde (NOAS), com objetivo de propor discussões entre as esferas de governo, e os avanços decorrentes desse processo ocasionaram a criação de instituições ligadas ao planejamento e programação em saúde: “o Plano Diretor de Regionalização (PDR); o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI)” (SANTOS; AMARANTES, 2010, p.14).

Para suprir as dificuldades que ainda afetavam o setor de saúde, na década de 2000, e a partir da ampla participação dos representantes do CONASS e o CONASEMS⁹, foi articulado criação de um novo pacto da saúde, que possibilitasse resultados mais efetivos uma nova direção e centralidade. O pacto foi desenvolvido por meio de três linhas de ação, sendo elas:

O Pacto pela Vida é um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. [...] O Pacto em Defesa do SUS é o compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governo: levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais [...] O Pacto de Gestão contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na lei n.º 8.080/1990 (SANTOS; AMARANTES, 2010, p. 15).

Esse novo pacto trouxe para saúde um firmamento nas diretrizes do SUS que foi sendo assumido pela gestão nas três esferas do governo, que possibilitou um aprimoramento no processo de organização do SUS, de modo a propiciar melhor atendimento as demandas da população brasileira. O Pacto reafirmou o campo da saúde enquanto política de Estado, bem mais que política de governo.

⁹Disponível em: <<http://www.conasems.org.br>>. Acesso 29 mai. 2018.

1.4 Atenção Primária de Saúde

Como o foco de nosso estudo centra-se no trabalho do assistente social na Unidade Básica de Saúde, é importante salientar como esse serviço está organizado. Como argumentado por Mendes (2015), a Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é uma forma de aglutinar todos os recursos do sistema de saúde, com intuito de suprir às necessidades e demandas da população. Desta forma, a APS pode ser concebida como estratégia de organização do sistema de saúde, estabelecida como porta de entrada dos serviços de Saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de Atenção Básica em Saúde (ABS) para definir Atenção Primária à Saúde. A organização da atenção à saúde é baseada nos princípios do SUS integralidade, universalidade e equidade, para instruir os serviços de saúde pública e para prestar atendimento contínuo à população (FAUSTO; MATTA, 2007).

A APS passou a ter destaque a partir da NOB SUS 01/96, ficando a cargo do Ministério da Saúde ênfase na atenção primária de saúde “no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994” (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 58).

Desta forma a ABS tinha como ênfase discutir e refletir sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF). De acordo com a política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tornou-se prioridade para reorganização da atenção básica no Brasil:

[...] 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, Joinville 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).

Os resultados dessa nova organização repercutiram diretamente na redução da mortalidade infantil, aumento de cobertura de aleitamento materno e também cobertura vacinal.

No mesmo sentido Rosa e Labate (2005), expõe o processo de implantação do PSF como um processo de mudança no modelo assistencial de saúde básica, que teve como ênfase o foco na ação voltada para família. Ressalta também que esse modelo foi pautado em experiências vivenciadas por outros países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra. Salienta que para o Ministério da Saúde o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O crescimento do programa foi essencial para o atendimento de promoção da ABS, e consolidou como uma estratégia de reorganização da Atenção Primária de Saúde no Brasil, transformando em Estratégia de Saúde da Família (ESF).

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). Aponta ainda que a “estratégia” concebe o atendimento do indivíduo e de sua família de maneira contínua e integral, deste modo, desenvolve ações que concretizem a promoção, proteção e recuperação da saúde. A prática assistencial passa a ter como foco a família e o ambiente físico e social em que está se encontra. (ROSA; LABATE, 2005, p. 1030).

A Política Nacional de Atenção Básica, promulgada por meio da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, objetivou reestabelecer as normas e diretrizes para a organização da atenção básica no Brasil. A 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). A PNAB, recomenda 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:

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).

Sendo assim, a partir da PNAB fica claro que, para o atendimento na Unidade Básica, precisa de uma equipe mínima para realizar os atendimentos, pois reconhece que o processo saúde/doença¹⁰ é também um processo social. O processo saúde é construído por relações sociais de trabalho, relações sociais, culturais e políticas, bem como por relações do homem com a natureza. Por isso mesmo, os profissionais que atuam na atenção básica de saúde, 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, considerando a promoção, prevenção da saúde, como também, no processo saúde/doença, no atendimento clínico intervindo sobre problemas sanitários em defesa da saúde (BRASIL, 2012). Finalizada essa breve explanação sobre a política de saúde, faz-se necessário refletir sobre o que a literatura especializada do Serviço Social tem discutido sobre essa temática, como segue no próximo capítulo deste estudo.

¹⁰ “O processo saúde/doença representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica nos diversos momentos históricos do desenvolvimento científico da humanidade”. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br>. Acesso em 29 out. 2018.

2 A DISCUSSÃO SOBRE A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE A PARTIR DA LITERATURA ESPECIALIZADA EM SERVIÇO SOCIAL

Este capítulo apresenta uma reflexão pautada na literatura especializada em Serviço Social, sobre a temática política de saúde, a partir do levantamento bibliográfico realizado na Revista Serviço Social e Saúde.

Num primeiro momento, apresentamos como foi realizada a coleta de dados, na sequência, uma breve apresentação dos dados coletados, e por fim, destacamos a análise realizada a partir dos eixos que foram revelados no estudo dos textos.

2.1 A literatura especializada em Serviço Social e a temática da política de Saúde Pública: seleção dos dados

Considerando o objetivo da pesquisa, neste capítulo, será abordado sobre a Política Pública de Saúde a partir da bibliografia especializada em Serviço Social, a fim de compreender o que os autores que publicam nesse campo de conhecimento, buscam problematizar sobre esse assunto. Para seleção dos textos para compor a amostra, alguns critérios foram estabelecidos:

- Revista Serviço Social e Saúde;
- Artigos que discutem a temática da política pública de saúde articulada ao Serviço Social;
- Recorte temporal de 2007 a 2017.

Durante o desenrolar da pesquisa, foram encontrados onze artigos com a temática Política Pública de Saúde, relacionando com o Serviço Social, de autorias de profissionais da área do Serviço Social.

2.2 Apresentação da Amostra Bibliográfica

O presente tópico busca, de forma sucinta, apresentar os artigos que foram selecionados para compor a amostra bibliográfica da presente pesquisa, que, como já exposto, publicados na revista Serviço Social e Saúde.

O artigo intitulado “*Acolhimento e Serviço Social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde*” foi produzido pelas autoras Chupel e Miotto (2010), no qual as autoras expõem ideias e concepções sobre acolhimento no campo da saúde, extraídos de estudos que abordam esse tema, nos quais encontraram duas perspectivas principais: o acolhimento como um elemento fundamental para facilitar a reorganização dos serviços de saúde; e o acolhimento inserido na política de humanização. Além disso, as autoras também abordaram a discussão do acolhimento no âmbito do Serviço Social.

O acolhimento no processo interventivo do assistente social foi objeto de estudo dessas pesquisadoras, a partir da pesquisa realizada junto os assistentes sociais que atuam no âmbito da saúde. Os dados revelaram que os profissionais definem o acolhimento com base nas seguintes características: fornecimento de informações; conhecimento da demanda do usuário; escuta; postura profissional; comportamento cordial; classificação de risco. Pode-se observar que alguns desses elementos são recorrentes no âmbito do Serviço Social, como por exemplo, a escuta, o acesso às informações e o conhecimento da demanda. De acordo com Chupel e Miotto (2010), no que se refere à execução de alguns desses elementos o Serviço Social, tem se constituído num espaço contraditório, orientando-se por uma corrente mais conservadora, ficando limitado, não abrangendo todo o potencial do assistente social como profissional da saúde.

Tanto a produção bibliográfica, quanto as entrevistas com os assistentes sociais, mostraram que o acolhimento desenvolvido pelos assistentes sociais está presente na dinâmica do processo interventivo no âmbito da saúde. O texto em tela revela que, para realizar o acolhimento não existe uma rotina, mas sim maneiras diferentes de operacionalizar, realizado de acordo com o conhecimento do profissional, objetivo proposto e também, a partir das referências ético-políticas.

O artigo, “*Serviço Social e o SUS: Desafios na Prática do Assistente Social*”, foi elaborado pelas autoras Castro e Andrade (2014), com o objetivo de analisar os limites e possibilidades do cotidiano profissional do assistente social na operacionalização do Sistema Único de Saúde.

A princípio o artigo aborda a inserção do assistente social na política de saúde no Brasil, uma breve trajetória histórica a partir da década de 1940, na sequência, os autores apresentam a metodologia usada no estudo, no qual destacaram que a coleta

de dados seria realizada junto a profissionais com experiência de um ano de atuação laboral na política de saúde.

Não obstante, o estudo indicou os seguintes resultados: que os assistentes sociais atuam para viabilização dos direitos, pois os autores perceberam nitidamente na fala do profissional entrevistado, o entendimento da saúde como direito, portanto, tem como premissa promover condições que possibilite o acesso dos usuários aos direitos da saúde. Com isso, o trabalho do assistente social, além de impulsionar a emancipação do sujeito social, estimula e fortalece a universalização dos direitos; enfrentando condições e concretizando o SUS.

É importante destacar ainda que, o artigo, expõe a sociedade antagônica e a dificuldade de superação da ordem social com Estado mínimo e redução dos investimentos; no eixo integralidade do processo saúde/doença. Diante disso, fica claro que a contribuição do profissional ao trabalhar com entendimento amplo deste processo, não somente pensando na viabilidade do acesso ao serviço, mas, com a percepção de compreender a totalidade do indivíduo, até porque o usuário sempre traz um conjunto de demandas, muitas vezes, pela vulnerabilidade social vivenciada no momento do processo de doença.

Sendo assim, constata-se que o estudo produziu um resultado que revela a precarização do SUS, no qual resulta em um atendimento precário, que, por sua vez, prejudica o funcionamento do sistema; uma falha no atendimento da atenção básica de saúde, e acarreta ainda em sobrecarga no setor secundário que foi alvo do estudo, ocasionando uma demora no atendimento. De acordo com as diretrizes do SUS, muitas demandas encaminhadas ao setor secundário poderiam ser atendidas na atenção básica, que é a porta de entrada para o SUS; hospitais são caracterizados como setor de atendimento secundário cabendo-lhes a oferta de serviços de média complexidade e especializada.

O artigo intitulado “*A construção do SUS e a Participação do Assistente Social*”, elaborado pelas autoras Sarreta e Bertani (2011), analisa a construção e implementação do SUS a partir da Constituição Federal de 1988, documento este que pode ser considerado como um marco para sociedade brasileira na garantia dos direitos de cidadania. As autoras enfatizam que, após esse período, ocorreu um contexto que marcou as políticas sociais com o caráter neoliberal, restrito e privativo, sendo a saúde tratada com a lógica do mercado, contrária aos princípios e diretrizes da Constituição Federal.

A participação do assistente social na construção e desenvolvimento do SUS foi ocorrendo a partir da absorção do profissional na área da saúde. O Assistente Social atua no intuito de fortalecer a Política de Saúde, numa perspectiva da universalidade e na defesa do direito social e acesso aos programas desta política. Os assistentes sociais vêm se capacitando e produzindo conhecimentos para enfrentar as dificuldades, sempre na perspectiva de criar novas alternativas para enfrentar as vivências do cotidiano, de modo que o Serviço Social contribua de forma efetiva na área da saúde dando-lhe visibilidade na instituição.

O artigo “*A inserção de Grupo de Sala de Espera como Promoção em Saúde em uma Unidade Pré-Hospitalar*”, produzido por, Silva, Costa e Oliveira (2017), apresenta um estudo sobre o trabalho do assistente social junto a pacientes que estão na sala de espera, considerando a necessidade de promoção da atenção à saúde. O Serviço Social está presente em todos os níveis de atendimento à saúde, para tanto se faz necessária a constante articulação do exercício profissional com estudo contínuo da realidade, no sentido de compreender todas as transformações sociais que estão acontecendo na contemporaneidade. O estudo aborda a promoção a saúde com o trabalho de equipe inter e transdisciplinares.

O artigo “*A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate*”, elaborado por Alves, Mioto e Gerber, (2007), apresenta a temática humanização a partir da constituição da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, resultado de uma proposta do Ministério da Saúde que buscou modificar/melhorar o atendimento ao usuário, devido à inúmeras denúncias de maus tratos no âmbito de hospitais públicos, possibilitando, assim, o aprimoramento e capacitações para profissionais.

Não obstante, as autoras expõem que o Serviço Social entra no debate, com base em seu projeto ético-político, considerando que seu trabalho está inserido num terreno de disputas teóricas, ideológicas e políticas, exigindo dos profissionais assistentes sociais clareza nos encaminhamentos do seu trabalho.

O artigo “*Determinantes Sociais de Saúde e a Ação dos Assistentes Sociais: um debate necessário*” elaborado por Nogueira, (2011), faz uma relação entre as ações profissionais na área da saúde e as possibilidades de uma compreensão crítica dos determinantes sociais na saúde, abordando como eixo principal o direito à saúde e as necessidades sociais dos usuários.

O artigo apresenta, primeiramente, um suporte teórico sobre a ação profissional no campo da saúde, e em seguida faz uma aproximação conceitual dos determinantes sociais da saúde, revelando a importância de reconhecer o processo saúde/doença, a partir de sua gênese, seus determinantes. Por fim, o estudo aborda as recomendações e limites expostos na declaração da Conferência Mundial de Saúde e conclui com apontamentos, possibilidades e estratégias para a ação dos assistentes sociais. As autoras pretenderam ampliar o teor técnico e científico para o trabalho dos assistentes sociais, de modo que possam desenvolver suas funções nos espaços sócio-ocupacionais, nas equipes de saúde, orientados para expansão dos direitos relativos à saúde.

O artigo *“Representações de Profissionais da Saúde e Assistência Social sobre a Intersetorialidade na Área de Álcool e outras Drogas”* produzido por Cabral e Dalbosco (2017), objetiva contribuir com o debate para superar a fragmentação entre as políticas de assistência e saúde, situados em uma mesma área de atendimento, que muitas vezes ofertam os serviços isoladamente, prejudicando o atendimento do usuário.

A pesquisa de abordagem qualitativa, entrevistou gestores e equipes técnicas de trabalhadores de Resende – RJ. Os resultados da pesquisa revelaram a falta de um protocolo de atendimento, no qual, muitos profissionais da rede desconhecem a função de seus colegas. Outro ponto abordado refere-se aos profissionais da política de Assistência Social que se sentem desvalorizados pelos profissionais da saúde, pois eles não conhecem o trabalho da política assistencial. O terceiro ponto destaca a importância da intersetorialidade para que sejam realizadas ações com o usuário que transita por ambas as políticas, no intuito de fortalecimento e reintegração social dos usuários de álcool e também outras drogas.

O artigo *“Serviço Social e Interdisciplinaridade na Atenção Básica à Saúde”* elaborado pelas autoras Silva e Lima (2012), enfatiza as intervenções em equipe multiprofissional e relato de experiência do Serviço Social na Atenção Básica de Saúde. Percebe-se que a pesquisa promove esforços integrados entre diversos profissionais, ou seja, discute a interdisciplinaridade e também discorre sobre a importância na formação do profissional da assistência social. Parte de um levantamento histórico da Atenção Básica no SUS e a Estratégia Saúde da Família, no qual revela o exercício interdisciplinar tão presente na política de saúde.

Os resultados desta pesquisa apresentam a interdisciplinaridade como uma categoria extremamente importante para o entendimento da realidade social e, conseqüentemente, exige que os profissionais monitorem suas ações para que sejam mais inovadoras e propositivas. A interdisciplinaridade é necessária para possibilitar a compreensão mais ampla da realidade, que se traduz no processo saúde/doença e nas demandas dos usuários. A partir das necessidades desses, os profissionais participam diretamente das ações desenvolvidas nas instituições, e assim também trabalham na constante busca pelo acesso aos direitos à saúde.

O artigo “*Serviço Social e o Cuidado em Saúde*”, de Silva e Rodrigues (2015), objetiva refletir o Serviço Social em relação ao cuidado em saúde, apostando numa perspectiva para aumento dos níveis de qualidade no trabalho prestado. O assistente social, pode, por meio de sua intervenção, contribuir para mediar os fatores que possam causar sofrimento aos usuários dessa política.

O artigo “*Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação a partir do SUS*”, escrito por Krüger (2010), reflete acerca de possibilidades e também sobre novos espaços de atuação que está ligado aos princípios do SUS. A autora revela que o Serviço Social tem seu espaço consolidado na área da saúde, e vem avançando nos espaços “intersetoriais no âmbito da gestão, planejamento da política, controle social, educação e promoção da saúde, nos quais o assistente social pode desenvolver ações não exclusivas da profissão” (KURGER, 2010, p.123). Para a autora, o projeto ético-político do Serviço Social coaduna com os princípios estabelecidos pelo SUS.

2.3 Eixos Analíticos Privilegiados na Literatura do Serviço Social Sobre a Política Pública de Saúde na Atenção Básica

Após realizada a breve apresentação dos textos selecionados para amostra bibliográfica, num segundo momento, buscou-se encontrar eixos que foram privilegiados pela literatura especializada em Serviço Social que discute a temática da Política de Saúde. Para tanto, na análise procura-se buscar pontos abordados que se aproximam, e também pontos de divergências, ou que são abordados por um ou outro texto. Na análise dos textos, percebemos que os eixos privilegiados foram:

- O acolhimento e o Serviço social na saúde (CHUPEL; MIOTO, 2010); SILVA; COSTA; OLIVEIRA, 2017); SILVA; RODRIGUES, 2015), ALVES; MIOTO; GERBER, 2007);
- O Serviço Social e o acesso aos direitos (CHUPEL; MIOTO, 2010); CASTRO; ANDRADE, 2014); SARRETA; BERTANI, 2011); SILVA; RODRIGUES, 2015); CABRAL; DALBOSCO, 2017); ALVES; MIOTO; GERBER, 2007); SILVA; COSTA; OLIVEIRA, 2017);
- O Serviço Social e os Desafios no SUS (CASTRO; ANDRADE, 2014); NOGUEIRA, 2011); KÜRGER, 2010), SARRETA; BERTANI, 2011).

2.3.1 O Acolhimento e o Serviço Social na Saúde

Em relação ao acolhimento Chupel e Mioto (2010), destaca-se duas características:

- a) A inexistência de uma bibliografia específica que discute acolhimento em Serviço Social.
- b) A existência de bibliografia, que discute acolhimento na lógica das relações humanas, voltadas para escuta social no processo de trabalho, com a valorização das demandas e do trabalho ofertado, tanto individual, quanto coletivo.

De acordo com Chupel e Mioto (2010), as discussões sobre acolhimento em Serviço Social são inexistentes, todavia, são realizados pelo profissional, por uma perspectiva própria de nossa profissão, com especificidades que a diferencia, desde o início do processo, permeando seu desenvolvimento. A pesquisa apresenta algumas características do acolhimento realizado pelo Serviço Social: “a) fornecimento de informações; b) conhecimento da demanda do usuário; c) escuta; d) postura profissional; e) comportamento cordial; f) classificação de risco” (CHUPEL; MIOTO, 2010, p. 48-49).

Os autores abordam o acolhimento entendendo-o como fornecimento de informações, tanto da política de saúde, quanto das demais políticas essenciais para cada situação, e também sobre o fluxo dos serviços disponibilizados na instituição. Tais informações tanto podem ser úteis para o usuário dos serviços, quanto para seus familiares.

Já o acolhimento de demanda, refere-se ao serviço demandado pelo usuário, que o assistente social deve conhecer a fim de dar encaminhamentos às suas necessidades. Quanto ao acolhimento da escuta é simplesmente parar e ouvir o paciente/usuário. Chupel e Miotto (2010), explicam que a escuta deve ser uma tarefa exercitada pelos trabalhadores da saúde, mas no Serviço Social a escuta ganha uma característica diferenciada, está presente desde a gênese do atendimento.

O acolhimento é abordado numa perspectiva humanizada em relação aos usuários e sua respectiva demanda trata-se, portanto, de atendimento solidário, relações de apoio entre profissional e usuário, no intuito de estabelecer uma relação de confiança entre equipe e profissional. O comportamento cordial proporciona um acolhimento de maneira calorosa, bem receptível fazendo o usuário se sentir valorizado, podendo ter como referência o profissional disposto a lhe atender da melhor maneira (CHUPEL; MIOTTO, 2010).

Alves, Miotto e Gerber (2007), apresentam que a Política Nacional de Humanização, foi criada devida inúmeras denúncias de maus tratos nos pacientes de hospitais públicos. Segundo os autores, essa política visa melhorar o atendimento os usuários do SUS, no qual possibilita a capacitação dos trabalhadores de saúde. O acolhimento de risco está relacionado à Política Nacional de Humanização no qual os assistentes sociais são chamados para atuar em conjunto com demais profissionais da área da Saúde. A PNH sugere que os atendimentos sejam realizados por meio de uma classificação de risco.

A pesquisa sobre acolhimento revelou um debate pautado por dois referenciais teóricos, sendo que, como fornecimento de informação, demanda e escuta está relacionada à Influência da vertente crítico-dialética:

[...] o espaço de ouvir, de conhecer as necessidades de saúde dos usuários, com vistas à integralidade da atenção e da busca pela maior resolutividade, vem sendo parte constituinte de um movimento de universalização e de interpretação de que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado. Isso leva a crer que a influência da vertente crítico-dialética obteve repercussão na definição de parâmetros que orientam o fazer profissional (CHUPEL; MIOTTO, 2010, p. 51).

E o acolhimento como postura profissional e comportamento cordial está relacionado à Influência conservadora:

[...] limitada, que não consegue abranger todo o seu potencial, situando-o apenas na esfera individual do profissional. Nesta condição, a visão crítica, de totalidade e da coletivização das demandas sociais, é inexistente e encerra o acolhimento nele mesmo (CHUPEL; MIOTO, 2010, p. 51).

Desta forma, por meio da entrevista com os assistentes sociais, e também pela análise da produção bibliográfica que discute acolhimento, Chupel e Miotto (2010), observaram que o acolhimento está presente no processo interventivo do assistente social e que não é possível estabelecer uma rotina. Porém, os assistentes sociais entrevistados ao responderem a pergunta: “com que objetivo realizam o acolhimento?”, eles salientaram os seguintes aspectos:

a) para garantir o acesso do usuário aos mais diversos direitos sociais; b) a fim de construir uma relação de confiança tal, que permita a criação de vínculos e; c) para que informações sejam captadas a fim de subsidiar as decisões acerca das intervenções a serem realizadas (CHUPEL; MIOTO, 2010, p. 52).

Nesse sentido, os autores identificaram por meio da pesquisa à similaridade entre os profissionais na realização do acolhimento com rotinas e forma de abordagem bem unificada.

Os autores Silva, Costa e Oliveira (2017), ao realizarem a pesquisa na sala de espera de um hospital, abordaram a temática acolhimento para classificação de risco (Protocolo Manchester), e também para um fluxo de atendimento médico e demais atendimentos relacionados às demandas do hospital. Trata-se de um acolhimento humanizado realizado pelos trabalhadores no momento de atendimento. No mesmo sentido dos autores anteriormente citados, o acolhimento deve ser realizado como ferramenta de intervenção, usando como objetivos a qualidade de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso aos direitos com responsabilização e resolutividade nos serviços (SILVA; COSTA; OLIVEIRA, 2017).

As autoras Silva e Rodrigues (2015), expõem que o assistente social atua na garantia de direitos constitucionais, mas que muitas vezes essa regra não é aplicada devido à inúmeros fatores, tornando-se um desafio ao profissional. Nesse sentido, muitas das doenças não podem ser curadas e os problemas não serem resolvidos, mas podem ser amenizados e enfrentados com humanidade, construindo novas alternativas para enfrentar o problema. Assim, o assistente social é peça participativa

nesse processo, tanto individual, como coletivo viabilizando o acesso aos direitos de cidadania, por meio da escuta buscar atender e superar as dificuldades da instituição.

Sendo assim, a pesquisa realizada com assistentes sociais que trabalham na saúde, abordou o acolhimento como atitude inerente à postura do profissional que atua no cuidado em saúde. O estudo revela que o acolhimento é uma das estratégias usada no Programa Saúde da Família como forma de fortalecimento de vínculo com os profissionais e família (CHUPEL; MIOTO, 2010).

Silva e Rodrigues (2015), expõem que a discussão sobre o acolhimento não é “novidade” para a profissão, e a pesquisa ainda mostra que o acolhimento e a escuta faz parte do processo de intervenção profissional numa relação com possibilidades de fortalecer os vínculos (SILVA; RODRIGUES, 2015).

2.3.2 O Serviço Social e o acesso aos direitos a saúde

Para Chupel e Mito (2010), o assistente social propicia o acesso dos usuários aos direitos, por meio da divulgação de informações sobre o serviço prestado no âmbito da saúde. Além disso, também é propiciado aos usuários a divulgação de outros serviços, ou seja, outras políticas setoriais, tanto no âmbito público como privado.

Castro e Andrade (2014), ressaltam que o assistente social deve promover condições para que o usuário se torne um sujeito de direitos, por meio de direcionamentos sociais, “além de impulsionar a emancipação dos sujeitos sociais, estimular e fortalecer a universalização do acesso à saúde” (CASTRO; ANDRADE, 2014, p. 118).

Os autores Sarreta e Bertani (2011), pontuam que a valorização da interdisciplinaridade nas relações entre profissionais, possibilita maior desenvolvimento no âmbito do trabalho na saúde. Por sua vez, o assistente social possibilita ao usuário e a população em geral maior acesso à saúde, fazendo divulgação das ações e serviços prestados na saúde e principalmente de programas dos quais o profissional participa.

Silva, Costa e Oliveira (2017), abordam o acesso aos direitos sociais, dentre eles a saúde.

Cabe ao assistente social potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais” e também, “sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos (SILVA; COSTA; OLIVEIRA, 2017, p. 42).

Para tanto, as ações de forma coletiva e em grupo que reforçam a troca de experiência são de grande importância para os usuários. O trabalho coletivo, proporciona a interatividade entre os usuários e o profissional, que deve estar apto a propiciar as informações sobre os acessos aos direitos sociais.

Numa mesma perspectiva, Silva e Rodrigues (2015), expõem que o profissional da saúde busca trabalhar na defesa dos direitos do usuário, seja ele individual ou coletivo, podendo amenizar o processo saúde/doença.

Cabral e Dalbosco (2017), salientam que a intersetorialidade, é considerada facilitadora de acesso aos direitos. Possibilita respostas mais aprimoradas no atendimento das demandas apresentadas pelos usuários. Outro ponto significativo da intersetorialidade com relação ao acesso aos direitos, é a rapidez em identificar as necessidades dos usuários, pois, o atendimento no SUS não implica necessariamente, no acompanhamento por um assistente social. Assim, a intersetorialidade proporciona maior viabilidade para a garantia dos direitos dos usuários, pois ultrapassa as barreiras das políticas setoriais.

2.3.3 O Serviço Social e os Desafios no SUS

Castro e Andrade (2014), expõem que na gênese da profissão o Serviço Social foi marcado por uma característica conservadora. Essa característica foi superada no mesmo período da Reforma Sanitária. A profissão sofreu muitas mudanças em sua base teórica, passando a ser norteada pela teoria marxiana, a qual possibilita a compreensão das relações sociais de uma maneira mais ampla, passando a ser concretizada no Código de Ética profissional de 1993, assim:

Essas mudanças se veem concretizadas no Código de Ética profissional de 1993, de aproximação com a classe trabalhadora, de defesa intransigente dos direitos humanos e postura a favor da equidade e justiça social, que

influenciaram diretamente a prática profissional (CASTRO, ANDRADE, 2014, p. 115).

Esses autores salientam que, a partir de da implantação o SUS (1988), o Serviço Social passa a compor a equipe dos serviços da saúde, e suas ações estão relacionadas à integridade, intersectorialidade e controle social, no intuito de ampliar o acesso à saúde e seu caráter universal. O fortalecimento dessa política demandou maior quantitativo de assistentes sociais para atender as demandas apresentadas ao serviço social no SUS. Para atender aos reclames dos assistentes sociais o CFESS publicou os Parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde ano de 2008, para nortear os profissionais e possibilitar respostas mais qualificadas em relação as demandas apresentadas pelos usuários dessa política.

Destacam também, que o Projeto Ético-Político da profissão possibilita uma visão crítica nas intervenções, e também na forma de politizar as ações, no intuito de fortalecer a saúde pública voltada para o direito social, ou seja, esses fatores contribuem no trabalho do assistente social no âmbito do SUS, para que haja mais informações e democratização do acesso. Sendo assim, a intervenção realizada pelo assistente social, pautada pelo âmbito Teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político, contribui para superação do quadro sanitário dos usuários (CASTRO, ANDRADE, 2014).

O Serviço Social no Brasil tem em seu projeto profissional, elementos do pluralismo social, sendo constituído de valores, ideais, opções éticas e políticas que coadunam com os interesses das classes trabalhadoras, mas, contraditório a esse projeto está a perspectiva neoliberal que promove “a redução dos direitos sociais, a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos, o enxugamento do papel do Estado, a redução das políticas sociais” (SERRETA, BERTANI, 2011, p. 47). Os cortes nas políticas sociais concentram a renda para poucos, fortalece a desigualdade social, e assevera o desemprego e a exclusão social. Os autores também articulam o projeto ético político e o Código de ética profissional (1993) à Reforma Sanitária, que ambos visam à efetivação universal do acesso aos direitos à saúde.

Nogueira (2011), ressalta que com a implementação do SUS, os profissionais assistentes sociais tiveram que se capacitar sobre as novas demandas, novas formas de atendimentos aos usuários, e ao sistema dos espaços sócio-ocupacionais da área da saúde, pois a inserção do Serviço Social nas equipes multiprofissionais demanda

uma nova perspectiva de atendimento. A ABEPSS, CFESS, a partir de 2005 fixou bases para a qualificação, tendo como objetivo preparar os alunos e incluir no currículo ações relacionadas ao agir profissional no campo da saúde.

Segundo a autora Krüger (2010), a partir da implementação do SUS em 1988 os assistentes sociais tiveram que seguir os princípios da Reforma Sanitária. Portanto, cabe aos assistentes sociais, considerarem a totalidade da vida social dos usuários e as particularidades da saúde, e a partir desse entendimento buscarem o fortalecimento da ação profissional. A autora também expõe novos desafios no campo de atuação da saúde a partir do SUS, e ainda as demandas exclusivas para o Serviço Social. Um dos maiores desafios é a municipalização que está diretamente relacionado a um processo que tem que a ver com planejamento, e com a participação dos usuários e trabalhadores.

A inserção do Serviço Social na saúde contribui para o fortalecimento das diretrizes do SUS, no artigo 198 da Constituição Federal do Brasil de 1988, dispõe que:

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 (BRASIL, 2010, s/p).

No qual as diretrizes do SUS proporcionam uma materialização do projeto ético-político da profissão nas ações realizadas, contribuindo assim no atendimento de qualidade aos usuários do SUS (KÜRGER, 2010).

Com o estudo dos textos selecionados para pesquisa, foi possível observar a importância do Projeto ético-político da profissão, como também constatou que o documento norteia os profissionais em seu trabalho cotidiano, na viabilização do acesso à saúde pública e a desburocratização dos atendimentos. Foi possível perceber ainda que o projeto ético-político do Serviço Social coaduna com os princípios e diretrizes do SUS.

2.4 Algumas Considerações Sobre a Pesquisa Bibliográfica

Com a realização da pesquisa bibliográfica, pode-se observar que os assistentes sociais ao longo dos anos produziram diversos artigos na área da saúde, o que favoreceu o conhecimento e demonstrou o quanto o Serviço Social vem crescendo neste campo. Com o levantamento bibliográfico, foi possível perceber que a Revista Serviço Social e Saúde proporciona o conhecimento, com a publicação de estudos dos diferentes espaços sócio ocupacionais no âmbito da saúde pública.

O estudo bibliográfico possibilitou a compreensão da temática por meio do olhar dos estudiosos da área do Serviço Social. A pesquisa possibilitou o entendimento de que o acolhimento no âmbito da saúde é inerente à profissão de Serviço Social; e que o atendimento ao usuário é realizado pelo assistente social para o fortalecimento de vínculos; o entendimento da importância do atendimento realizado pelo assistente social nas equipes de saúde, e a articulação do projeto ético-político com os princípios do SUS. Com a análise bibliográfica, foi possível entender que o assistente social é um profissional apto a compor a equipe multidisciplinar no âmbito da saúde. Outro ponto importante de nosso estudo foi o entendimento de que o trabalho interdisciplinar possibilita um avanço, no que diz respeito a desburocratização dos atendimentos e também acessos aos direitos sociais.

Quanto às possibilidades de acesso aos direitos, o estudo revelou que o trabalho desenvolvido por assistentes sociais propicia a divulgação de informações aos usuários, informações relacionadas tanto a política de saúde, quanto das demais políticas setoriais sobre o direito sociais, ambos ligados a universalização dos direitos a saúde garantidos pela Constituição Federal, na qual ficou estabelecido que saúde é dever do Estado e direito de todos.

A pesquisa revelou alguns estudos que interligam o avanço da profissão a partir da implementação do SUS. Tais estudos também abordam os desafios enfrentados pelos assistentes sociais, que revelam a necessidade de avanços para se adequar ao novo paradigma de atendimento, pós Projeto de Reforma Sanitária. Outra conquista expressada pelos estudiosos da temática, refere-se ao avanço da profissão no trabalho interdisciplinar, permeado de grandes desafios vivenciados cotidianamente, numa política que é alvo constante da orientação neoliberal que preconiza um Estado mínimo e cortes no orçamento das políticas públicas.

A análise da bibliografia especializada nos impulsiona a realizar um estudo empírico com um assistente social que atua na política pública de saúde. Assim, o capítulo seguinte, apresenta uma pesquisa com o profissional que atua na Unidade Básica de Saúde do município de Lunardelli-PR, com objetivo de conhecer a percepção do assistente social em relação ao trabalho desenvolvido na instituição em tela.

3. O SERVIÇO SOCIAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LUNARDELLI-PR

Neste capítulo, embasado nos capítulos anteriores, buscamos compreender as considerações do assistente social em relação ao processo de trabalho desenvolvido na unidade básica de saúde do município de Lunardelli-PR. Para tanto, será necessária a discussão, primeiramente das etapas procedimentais, que darão suporte ao desenvolvimento da pesquisa, assim como a sua validação científica.

Iniciamos com a apresentação dos procedimentos metodológicos usados para a realização de nosso estudo de abordagem qualitativa: a) a abordagem qualitativa na leitura do objeto; b) etapas procedimentais; c) instrumentos de coleta de dados; d) critério de seleção da instituição e sujeito da pesquisa; e) a inserção da pesquisadora no campo empírico; f) o município de Lunardelli-PR; g) a saúde pública do município de Lunardelli-PR; e por último, h) análise dos dados e considerações referente à realização da pesquisa.

3.1 A Pesquisa Qualitativa na Leitura do Objeto

Segundo Gil (1989), a pesquisa social refere-se a um processo que utiliza a metodologia científica para obter novos conhecimentos, minucioso e sistemático da realidade social. Seu objetivo, é revelar respostas dos problemas no qual se aplica os procedimentos científicos.

O pesquisador deve definir qual caminho seguirá para a realização do estudo, isso significa que o caminho será a metodologia que será utilizada durante todo o processo.

O conceito de 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)” (MINAYO, 2009, p. 14).

A abordagem qualitativa traduz uma realidade bem particular, e busca o conhecimento da realidade social para levantar questões impossibilitadas de serem quantificadas, ou seja, questões que “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das inspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO,

2009, p. 21).

Por outro lado, a pesquisa quantitativa se diferencia da pesquisa qualitativa, pois, nessa última os pesquisadores buscam o conhecimento da realidade social por meio das relações sociais para além dos dados numéricos, ou seja, “ele atua na matéria-prima das vivências, das experiências, da cotidianidade e também analisa as estruturas e instituições, mas entendem-nas como ação humana objetivada” (MINAYO, 2009, p. 24).

Para Gil (1989), quando o pesquisador faz uma pesquisa qualitativa ele terá resultados mais profundos do seu objeto de pesquisa, como também busca um contato direto com as situações para melhor compreender a realidade.

3.2 Etapas Procedimentais

A pesquisa científica demanda a formulação de etapas que poderão auxiliar no conhecimento do objeto de estudo e no alcance dos objetivos propostos.

Iniciamos apresentando os instrumentos utilizados para a coleta de dados da pesquisa; os critérios de seleção da instituição e dos sujeitos; a caracterização dos mesmos e, por fim, os procedimentos de inserção da pesquisadora no campo empírico e a análise do conteúdo obtido.

Em seguida será apresentado o município da pesquisa e a secretária de saúde do município, com enfoque na unidade básica de saúde, a pesquisa será realizada apenas em uma unidade básica de atendimento de saúde, pelo fato do município dispor apenas de uma unidade, onde a pesquisadora compõe a equipe de enfermagem.

3.2.1 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados é uma das etapas da pesquisa social relevante, pois ela possibilita uma aproximação do pesquisador com o objeto de pesquisa (GIL, 1989).

A coleta de dados foi realizada com o assistente social da unidade básica de saúde, por meio de entrevista subsidiada por um roteiro de questões semiestruturada objetivando coletar dados pertinentes ao objeto da pesquisa.

Conforme Gil (1989), a entrevista se caracteriza como interação social, uma vez que o pesquisador apresenta-se ao sujeito da pesquisa e lhe faz perguntas para alcançar os objetivos propostos. Este instrumental é considerado por muitos pesquisadores como um excelente instrumento de coleta de dados, pois possibilita ao pesquisador obter dados profundos sobre o objeto pesquisado.

A escolha da modalidade de entrevista semiestruturada se deu porque, de acordo com Rosa e Arnoldi (2006), nesta modalidade são formuladas questões que permitem ao sujeito entrevistado discorrer e verbalizar seus pensamentos, tendências e reflexões sobre o que está sendo pautado. Deste modo o roteiro de entrevista foi definido da seguinte forma:

- 1ª parte: composto por questões referentes ao próprio sujeito da pesquisa e sua profissionalização, com o intuito de obter dados para a elaboração do item “caracterização do sujeito”;
- 2ª parte: estruturada com questões referentes a percepção da entrevistada sobre o objeto desta pesquisa para análise posterior.

A entrevista semiestruturada foi realizada com o assistente social, da unidade básica saúde, a fim de compreender as considerações do assistente social em relação ao processo de trabalho desenvolvido na unidade básica de saúde do município. Após o consentimento expresso mediante assinatura do termo de aceite em participar da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista foi gravada, uma vez que o pesquisador deve registrar a entrevista.

Os dados coletados por meio da entrevista foram analisados pela pesquisadora a partir do método de análise de conteúdo, a partir da materialidade das informações, logo que essa técnica permite de forma prática e objetiva produzir conteúdo a partir da comunicação expressa (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

3.2.2 Critério de seleção da instituição e sujeito da pesquisa

A instituição selecionada para a pesquisa foi na Unidade Básica de Saúde, tendo em vista que o município Lunardelli-PR, de pequeno porte, dispõe apenas de uma unidade básica de saúde.

O sujeito selecionado para participar da entrevista semiestruturada foi o assistente social responsável pelos atendimentos voltados ao Serviço Social da unidade básica de saúde. E ao analisar as respostas fornecidas pelo sujeito de pesquisa, foi possível verificar que o mesmo possui graduação em Serviço Social e especialização em saúde mental. E sobre seu trabalho, o mesmo ingressou na instituição, por meio de aprovação em concurso público, cumprindo uma carga horária de trinta horas semanais.

3.2.3 A inserção da pesquisadora no campo empírico

No mês de agosto de 2018, a pesquisadora entrou em contato com a instituição selecionada para realização da pesquisa, e conversou com o assistente social para verificar sua disponibilidade de participar como sujeito da pesquisa.

O profissional de imediato aceitou participar da entrevista, e ficou a confirmar a data. No dia 27 de setembro de 2018 foi feito um contato confirmando a data e hora a ser realizada.

No dia 03 de outubro as 15h30 foi realizada a entrevista, no qual apresentou-se ao profissional os documentos obrigatórios para a realização da pesquisa, sendo: a Carta de Apresentação; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi apresentado ao sujeito da pesquisa os objetivos do estudo, e a não obrigatoriedade de participação e responder as questões levantadas.

Em seguida, foi realizada a coleta de dados, a partir do roteiro semiestruturado de entrevista. Na primeira parte o sujeito foi questionado sobre seu processo formativo e experiência profissional; a segunda parte do roteiro com questões previamente formuladas, com o intuito de alcançar o objetivo e conhecer o objeto da pesquisa. A entrevista aconteceu na sala própria para atendimentos do Serviço Social.

3.2.4 O Município de Lunardelli-PR

O município de Lunardelli-PR começou a ser desbravado em 1948. Mas, apenas por meio da lei estadual nº 7.267 de 19 de dezembro de 1979, que Lunardelli passa a ser município. A instalação do município ocorreu em 1º de fevereiro de 1982, e a primeira eleição municipal aconteceu em 15 de novembro do mesmo ano. O município de Lunardelli conta com três distritos: Guaretá, Madalena e Primavera.

Possui uma área territorial de 196,08 km², localizada do sul do Brasil no Estado do Paraná - a 339 km de Curitiba - capital do estado, e a 760m acima do nível do mar.

Com dados do SENSO de 2010 a população do município de Lunardelli é de 5.156 habitantes, sendo que na zona urbana tem 3.593 habitantes e na zona rural residem 1.563 habitantes, divididos entre 2.560 Homens e 2.596 Mulheres.

3.2.5 A saúde pública do município de Lunardelli-PR

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde¹¹ (CNES), o município dispõe de uma Unidade Básica de Saúde na área urbana, e mais dois postos de atendimento à saúde localizado nos distritos, nesses postos de atendimento são realizados consultas agendadas e alguns procedimentos de enfermagem, também agendados, pois fica aberto apenas um período de funcionamento. A unidade e postos são coordenados pela 22^o Regional de Saúde de Ivaiporã¹².

O Centro Municipal de Saúde de Lunardelli-PR é um estabelecimento com desempenho das atividade voltadas para Atenção Básica de Saúde (ABS), cobertas pelo SUS, que além de atender toda a população do município com as demandas básica, também concentra todos os encaminhamentos, tanto para saúde pública no município, quanto consultas com especialistas (a consulta com especialista é agendada conforme vagas concedidas pelo consórcio de saúde¹³), exames laboratoriais e agendamento de viagens para outros serviços fora do município.

Estão cadastrados no CNES 40 profissionais, que executam suas atividades neste local, alguns em diferentes horários devido à carga horária de cada profissional,

¹¹ "O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS". Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br>>. Acesso em 07 out. 2018.

¹² De acordo com o Ministério de Saúde, cada Estado tem uma Secretaria da Saúde, que são dividida por macrorregionais sendo, leste, norte, oeste e noroeste. Essas macrorregionais se dividem em 22 regionais, que abrange um número específico de município, ou seja, Lunardelli faz parte da Secretaria do Estado do Paraná e pertencente a 22^a regional de saúde de Ivaiporã, composta com mais 16 municípios, sendo eles: Arapuã; Ariranha do Ivaí; Cândido de Abreu; Cruzmaltina; Godoy Moreira; Ivaiporã; Jardim Alegre; Lidianópolis; Manoel Ribas; Mato Rico; Nova Tebas; Rio Branco do Ivaí; Rosário do Ivaí; Santa Maria do Oeste e São João do Ivaí. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>. Acesso em 06 nov. 2018.

¹³ Por meio da Lei complementar 82/98, dispõe sobre a criação e implantação de consórcio intermunicipal relacionado com a prestação de serviços públicos de interesse comum, nas funções, áreas e setores que especifica e adota outras providências. Esses consórcios tem a função de prover Serviços referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de sua população. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/>>. Acesso 11 out. 2018.

além desses, ainda dão suporte ao atendimento um estagiário no administrativo e uma funcionária que trabalha na administração que é cedida de outro departamento. Neste mesmo local fica instalada a equipe Estratégia Saúde da Família; a equipe de endemias e a equipe Núcleo Apoio a Saúde Familiar¹⁴ (NASF).

O estabelecimento executa serviços nas áreas de Clínica Geral, Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Fisioterapia, Laboratorial, atendimento Odontológico e protético, epidemiologia e vigilância sanitária.

Os serviços são oferecidos neste prédio desde 2000, tem uma boa estrutura para o atendimento ao usuário, com amplo espaço. A instituição é composta de 03 consultórios médicos; 01 sala de vacina; sala para curativo; sala de acolhimento; sala de estabilização; sala de aplicação; sala de emergência; laboratório de exames; sala de coleta; farmácia; 02 salas de atendimento psicológico; nutricionista; serviço social; esterilização; expurgo; inalação; 02 consultórios odontológicos; sala de exame preventivo; sala de agendamento; uma sala ampla para fisioterapia; sala dos agentes comunitários de saúde; sala do secretário; sala dos enfermeiros ESF; sala da vigilância sanitária e agente da dengue.

3.3 Análise dos Dados e Considerações Referentes à Realização da Pesquisa

Neste item, apresentamos a análise da entrevista realizada junto ao assistente social da UBS do município de Lunardelli-PR. A discussão das devolutivas do entrevistado foi realizada a partir da bibliografia especializada utilizada, principalmente, no segundo capítulo, pois o estudo realizado no segundo capítulo, possibilitou a construção de eixos analíticos que servem como fio condutor para a reflexão as devolutivas do sujeito de pesquisa. Os eixos analíticos são: o Serviço Social e o acolhimento na Unidade Básica de Saúde; o Serviço Social no acesso aos direitos; os Desafios do SUS: com foco na atuação do Serviço Social.

3.3.1 O Serviço Social e o acolhimento na Unidade Básica de Saúde

¹⁴ O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família. Disponível em <http://dab.saude.gov.br> Acesso 11 out. 2018.

Nesta análise objetiva-se compreender como é realizado o acolhimento na instituição alvo desta pesquisa. A bibliografia especializada revelou, como já discutido no segundo capítulo, que o acolhimento é amplamente realizado pelos profissionais que atuam na saúde. Essa abordagem vai além de um atendimento ao usuário, abrange uma postura profissional pautada no projeto ético-político, no processo teórico-metodológico, na articulação de conhecimentos e instrumentos técnico-operativos. O que faz com que o profissional por meio da escuta, fornecimento de informações, conhecimento da demanda, entre outros elementos, realize o acolhimento (CHUPEL; MIOTO, 2010).

Nesse sentido, o entrevistado revela que o acolhimento é necessário para o atendimento, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico da demanda, e, que por sua vez, possibilita o acesso às informações e, na sequência, facilita para dar encaminhamentos mais assertivos dentro da política de saúde. Para o entrevistado, não se trata apenas de atender ao usuário, mas oferecer-lhe todo o atendimento e informações necessárias. Um processo no qual se considera não apenas o que foi apresentado no atendimento, mas, buscar um olhar ampliado da demanda trazida pelo usuário. Um atendimento que perpassa outras políticas, ou seja, observa a necessidade de encaminhamentos para outros equipamentos além da política de saúde (ENTREVISTA, 2018).

Chupel e Miotto (2010) entendem que o acolhimento é um processo interventivo do assistente social, relacionado ao acesso do usuário aos direitos sociais que, concomitantemente, permite a construção de relação de confiança e o fortalecimento de vínculos. Esse processo permite que o usuário traga informações que qualificam a intervenção profissional.

Desta forma, pode-se analisar que tanto as autoras, quanto o entrevistado entendem o acolhimento como ferramenta de intervenção no trabalho, pois “quando a pessoa chega aqui e não tem um acolhimento agradável a pessoa não vai se sentir bem”. Ou seja, o acolhimento como um processo de intervenção, busca um atendimento mais qualificado, dando maior atenção as demandas que os usuários estão apresentando.

No mesmo sentido os autores Silva, Costa e Oliveira (2017), reforçam a importância do acolhimento como ferramenta de intervenção, que objetiva maior qualidade na escuta, construção de vínculos e acesso aos direitos. O entrevistado reforça que por meio do acolhimento se faz o fortalecimento dos vínculos no processo

saúde/doença, pois o usuário vivenciando um processo de doença, já está com os vínculos fragilizados, por isso, com o trabalho individual ou familiar se torna possível o acesso aos direitos e resultados positivos com relação ao fortalecimento de vínculos entre profissional, usuários e familiares.

Na mesma perspectiva, as autoras Silva e Rodrigues (2015), expõem que o profissional ao proporcionar o acesso aos direitos ele está fortalecendo o processo saúde/doença. Outra forma bem usada pela política de saúde no fortalecimento de vínculos é o Programa Saúde da Família, pelo fato do profissional acompanhar as famílias de perto.

Outro ponto destacado pelo entrevistado refere-se ao atendimento interdisciplinar, que se faz necessário para formar parcerias nas ações em conjunto. Cita que as visitas domiciliares em alguns casos torna-se instrumento de atendimento coletivo. Essa abordagem é necessária para o Serviço Social na Saúde, pois possibilita maior troca de saberes específicos de cada campo de conhecimentos, além de maior informação em relação às demandas do usuário.

Ou seja, ao realizar a visita, o entrevistado expõe que pode conhecer outras demandas que podem ser atendidas/ encaminhadas pelo PSF, assim como ocorre também com os outros profissionais que realizam a visita e trazem demandas para o assistente social. Tanto os agentes comunitários de saúde, quanto enfermeiros procuram o assistente social, e lhe apresentam demandas de visitas para as famílias do município. Essa afirmação do entrevistado revela a presença marcante da interdisciplinaridade entre a equipe de saúde.

O entrevistado ressalta a importância da interdisciplinaridade no âmbito da saúde, “pois uma profissão completa a outra”, e conclui que, “precisa ser melhorada porque o Serviço Social é visto ainda como assistencialismo” até entre os profissionais e trabalhadores de saúde. Ele relata que a concepção errônea sobre o Serviço Social já evoluiu bastante, mas ainda rodeia um pensamento conservador em relação à profissão.

No mesmo sentido, Silva, Costa e Oliveira (2017), efetivaram uma pesquisa no qual os assistentes sociais realizam o acolhimento para um novo modelo de atendimento médico, para a implantação da classificação médica de risco, por meio do protocolo de Manchester¹⁵, para atender a demanda de acordo com a gravidade

¹⁵ O protocolo de Manchester consiste em um sistema de triagem baseado em cinco cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, sendo vermelho representando os casos de maior gravidade, e azul os

da doença avaliada no momento do acolhimento. Sendo este o momento que os usuários serão acolhidos e encaminhados aos atendimentos de suas necessidades. As autoras discutem a necessidade dos assistentes sociais desenvolverem trabalho voltado a promoção de saúde diante do projeto societário da profissão, com articulação com outros profissionais, a fim de conhecer a realidade onde trabalha para intervir de forma mais qualificada na realidade social.

Nos parâmetros para atuação do assistente social na saúde consta que uma das competências da profissão é realizar a “análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais” (Brasil, 2010, p. 35).

Todavia, todo atendimento realizado pelo assistente social, busca analisar o contexto histórico da sociedade e da realidade onde o usuário vive, pensando nas possibilidades de intervenção voltada para cada especificidades das demandas. Analisar e refletir a partir do embasamento teórico adquirido, possibilita uma maior aproximação assertiva nos atendimentos e no acesso aos direitos dos usuários.

3.3.2 O Serviço Social no acesso aos direitos

Na análise da bibliografia especializada, pudemos perceber que uma das formas de o assistente social propiciar o acesso do usuário aos direitos, ocorre por meio de divulgação de informação sobre o serviço prestado:

O acesso do usuário aos direitos sociais ocorre mediante a disponibilização de informações a respeito de serviços e de seus direitos no âmbito da saúde e da instituição [...] são disponibilizadas informações das demais políticas setoriais tanto no nível público (por exemplo: Previdência, Assistência) quanto no privado (CHUPEL, MIOTO, 2010, p. 53).

Neste sentido, quando na entrevista o profissional é questionado se existe algum tipo de orientação ao usuário quanto ao acesso aos direitos, ele responde convicto que as orientações e informações faz parte do cotidiano de seus atendimentos e cita que “muitos pacientes não sabem que tem direito e não tem noção que é direito deles, pois ainda vê como uma doação” e cita como exemplos cadeira de rodas, aparelho auditivo e óculos (ENTREVISTA, 2018).

No que diz respeito aos benefícios que são ofertados na saúde existe uma lacuna entre o acesso as informações e o sujeito de direito, e uma das formas de fortalecer a universalização do acesso a saúde, está pautado na atuação do assistente social que direciona, impulsiona e estimula os usuários na busca dos direitos (CASTRO; ANDRADE, 2014).

Esta lacuna está relacionada a falta de acesso as informações, seja por conta dos usuários que não procuram por não saber que existe esse tipo de atendimento, ou até mesmo pelo fato da profissão ainda ter uma “discriminação na política de saúde” sendo pouco reconhecida, e até inexistentes em alguns municípios ou, desviado o foco de atendimento (ENTREVISTA, 2018).

Considerando a interdisciplinaridade um ponto positivo em relação ao acesso aos direitos, o assistente social possibilita ao usuário e a população geral, um maior acesso aos direitos. Conseqüentemente “não pode trabalhar isoladamente, sempre estar em contato com as outras profissões como enfermagem e PSF em específico”, propiciar atividades em conjunto, como sistematização de informações e também “visitas domiciliares”. A entrevistada também relata a necessidade do engajamento entre os profissionais, para propor visibilidade no trabalho, e maior chance de acesso aos direitos do usuário (ENTREVISTA, 2018).

Segundo Silva e Rodrigues (2015), o profissional que atua na saúde busca trabalhar na defesa dos direitos do usuário, seja ele individual ou coletivo, no qual procura a superação das dificuldades da instituição e superar o processo saúde/doença.

Cabral e Dalbosco (2017), reconhece que a intersetorialidade é considerada como facilitadora de acesso aos direitos. Possibilita maior rapidez em identificar às necessidades dos usuários, até porque muitos dos usuários da saúde também são atendidos em outras políticas.

3.3.3 Os desafios no SUS: com foco na atuação do assistente social

Com relação ao trabalho que o assistente social desenvolve na unidade básica de saúde, o entrevistado pontua que o “acolhimento” é uma das atividades que ele realiza com ênfase; seguida dos pedidos de prótese e órtese, bem como a dispensação destes. Os parâmetros de atuação do assistente social na área da saúde

expõem que, muitas vezes ocorre a execuções de ações que não condizem com às atividades inerentes ao Serviço Social, mas os gestores destinam ao assistente social por não conhecerem as reais competências desse profissional. Uma dessas ações refere-se ao fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção) (BRASIL, 2010).

Segundo os Parâmetros, essas são atribuições estritamente do administrativo, que acaba sendo realizada pelo Serviço Social, e aqui no município de Lunardelli não deixa de ser diferente, o profissional sabe que não é atribuição dele, mas, como já vinha sendo realizada, ele apenas deu continuidade.

Também realiza a escuta, faz orientações e informações em relação as demandas apresentadas; e atende as demandas de medicamentos que não são fornecidos pelo SUS. Realiza o preenchimento do cadastro social da suplementação, pois quando o paciente tem alergia a lactose o Serviço Social faz o cadastro social para ver a situação socioeconômica da família, no intuito de conhecer o quanto a mesma poderia arcar com as despesas e quanto o município pode fornecer (ENTREVISTA, 2018). Neste cadastro social o entrevistado considera:

[...] a saúde é universal e direito de todos, mas tem princípio de equidade do SUS que diz que você tem que garantir o acesso igual pra todos, por exemplo, se você fornecer cinco latas de leite pra uma pessoa que tem uma vida de porte médio e cinco latas para uma família que extremamente carente você não está sendo justo por isso que faz o cadastro social (ENTREVISTA, 2018).

Sendo assim o entrevistado expôs que a Constituição Federal de 1988 no Art.196 diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao universal e igualitárias às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ou seja, saúde é direito de todos, não se pode negar atendimento a nenhuma pessoa que necessita de atendimento, e a unidade básica de saúde é a porta de entrada dessa política, sendo assim tem que prestar atendimento a qualquer pessoa, sem restrição. Mas, é preciso usar o bom senso, não impondo, mas explicando a partir do princípio de equidade, para não entrar em contradição com os princípios do SUS, e desfavorecer os que realmente necessitam.

O princípio da equidade tem por objetivo diminuir as diferenças sociais, podendo proporcionar atendimento desigual para necessidades desiguais, que se caracteriza como o princípio de justiça social. E isso não significa igualdade, “pois apesar de todos terem direito de acesso aos serviços, independentemente de cor, raça ou religião e sem nenhum tipo de privilégio, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas” (PONTES; OLIVEIRA; CESSO; GOMES, 2009, p. 501).

Ao considerar equidade os responsáveis pelos atendimentos, tem que levar em conta o contexto em que pessoas vivem, porque se levar em conta apenas a igualdade de oportunidade, essa garantia vai acabar privilegiando uns usuários e prejudicando outros, pois nem todos os usuários têm as mesmas condições de acesso, o que vai acabar gerando desigualdade.

Outro ponto que o entrevistado salienta são os desafios do trabalho, um desses desafios é a relação ao reconhecimento do trabalho do Serviço Social na área da saúde, até mesmo pelos próprios profissionais e que muitas “vezes não é bem visto na política de saúde”. Ele cita que já “evoluiu bastante, mas tem muito ainda a evoluir”, esse avanço está relacionado a autonomia que a profissão foi conquistando no decorrer dos anos e dos documentos construídos para nortear os profissionais, no intuito de articular o profissional nos espaços que atua e também para politizar as ações e intervenções direcionada para o direito social (ENTREVISTA, 2018).

Nesse mesmo sentido Castro e Andrade (2014), expõem que as mudanças na profissão se deram a partir do movimento de Reforma Sanitária, pois ocorreram mudanças nas bases teóricas, possibilitando uma ampla compreensão das relações sociais. Com o aumento dos profissionais que passaram a atuar na saúde, o CFESS entrevistou, e publicou os parâmetros de atuação do assistente social na saúde, para nortear os atendimentos das novas demandas que foram surgindo após a implementação do SUS.

Mesmo depois de todo avanço na profissão, de todos os documentos que embasam o trabalho do assistente social, ainda é possível encontrar nos espaços sociocupacionais, profissionais conservadores, que ainda veem o Serviço Social como assistência e uma das queixas que o entrevistado relata é a “dificuldade de equiparar as profissões”, pois na área da saúde as profissões de médico e enfermeiro são bem mais antigas e mais respeitadas, e os usuários quando necessitam de atendimento eles procuram esse setor, ao contrário do Serviço Social que é “procurado como setor da assistência social”.

A autora Kürger (2010), expõe novos desafios no campo de atuação da saúde para o Serviço Social, e um dos maiores desafios está relacionado com o planejamento das ações com a participação dos usuários e trabalhadores. Esse processo significa compartilhar informações e pensar juntos tanto atendimento quanto na participação do usuário nos conselhos municipais de saúde, que é um espaço aberto, e toda a população pode participar e colaborar com propostas relacionadas aos atendimentos da unidade básica de saúde.

De acordo com o entrevistado esse espaço de conselho é pouco frequentado pelos usuários dessa política, devido ao não conhecimento deste mecanismo de controle da população em relação a política de saúde. De acordo com os Parâmetros, o assistente social tem que contribuir com ações com os usuários, familiares e trabalhadores de saúde para compor os espaços dos Conselhos, para que juntos possam fortalecer a defesa da garantia dos direitos a saúde.

Sendo assim, um fator que demanda mais aprimoramento e motivação na política de saúde é participação da sociedade civil por meio do controle social, segundo o entrevistado essa prática de controle não fica restrita a saúde:

[...] mas em todos os conselhos, porque a participação da sociedade é necessária, não apenas na fiscalização do dinheiro público, mas também na forma em que os profissionais trabalham. Fiscalização de horário (rsrs) tá ligado. No geral se a população usufrui do serviço, e ela tem direito a esse serviço, tem que ser prestado com qualidade, também uma forma para a população apresentar as demandas da sociedade num todo (ENTREVISTA, 2018).

É preciso pensar uma estratégia que realmente estimule a população a participar efetivamente nos Conselhos, para contribuir com as equipes profissionais, propondo ideias de demandas vivenciadas no cotidiano. Na Constituição Federal de 1988, o controle social se realiza a partir da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas, o que oferece um espaço de democratização por via na participação de gestão das políticas públicas.

O entrevistado ressalta “como profissional procuro sempre estar inserido onde a pessoa mora, no contexto dela, mas nem sempre consigo filtrar cem por cento do que acontece” (ENTREVISTA, 2018). O profissional precisa ser propositivo, utilizar de uma leitura da realidade social e histórica da sociedade, pensar de forma crítica, para compreender todo contexto e conseguir motivar a comunidade para ser presente nas discussões que propõe os Conselhos. O entrevistado salientou que outro espaço de

controle é a Ouvidoria que permite o contato com usuário e instituição, pois a “ouvidoria do SUS é um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados” (ENTREVISTA, 2018). Esse canal está relacionado a diversas atribuições como reclamações, denúncias, elogios e sugestões que são encaminhadas pelo cidadão e entregues ao órgão competente. Quando questionado sobre possíveis queixas dos usuários, ou de cunho profissional em relação ao atendimento na política de saúde, ele esclarece que “provavelmente exista por que nenhum setor é perfeito, pois nem todos conseguem suprir tudo, mas nunca chegou nenhuma queixa até ele, nem sobre o profissional e nem do agir profissional” (ENTREVISTA, 2018).

Para Guerra (2000), o agir profissional é um processo a ser compreendido como prática reflexiva, com o intuito de alcançar o objetivo esperado, o qual depende da criação de meios adequados, de condições objetivas e subjetivas, ou seja, o homem transforma e modifica as condições onde trabalha, para alcançar o que foi proposto. Para modificar o meio onde trabalha o assistente social tem que refletir a sua prática e a partir da reflexão buscar intervenções necessárias para transformação social.

O agir profissional na busca dos acessos à saúde pública, está pautado no projeto ético-político diretamente relacionado aos princípios e diretrizes do SUS. Kürger (2010), salienta que a inserção do Serviço Social no SUS, contribui no atendimento de qualidade aos usuários. Mas, que toda essa ação profissional na política pública de saúde poderia ser aprimorada.

O entrevistado também ressaltou que o Serviço Social na saúde tem real dilema em exercer responsabilidades que não compete a sua formação profissional. O profissional tem toda autonomia no trabalho para articular as dificuldades que vão surgindo, podendo ser justificadas e amparadas em Lei (BRASIL, 2010). O profissional não se nega a fazer o que não está proposto nas suas atribuições, ele apenas justifica o porquê não fazer, e para isso ele tem um leque de instrumentos. O assistente social tem uma relativa autonomia, no qual suas intervenções ficam limitadas pelas instituições, que compram sua força de trabalho em troca de salário, ficando detentora dos meios e instrumentos para a realização da prática. (IAMAMOTO, 2009).

Sendo assim, podemos compreender que o assistente social é um trabalhador assalariado que atua em instituições, nas quais dispõe da autonomia relativa, o assistente social ainda depende de todas as organizações para viabilizar o acesso a

serviços e aos direitos, depende do Estado, entidade ou empresas para viabilizar os recursos. Apesar de organizar o processo trabalho no qual está inserido, tem que refletir e compreender as condições de trabalho no qual está inserido e que interfere nas relações de trabalho e nos modos de vida dos trabalhadores (IAMAMOTO, 2009).

Nesse sentido, o entrevistado revela que apesar de fazer pouco mais de um ano que está trabalhando na instituição, tem autonomia em seus atendimentos e decisões que dizem respeito aos serviços prestados aos usuários. Ressaltou que consegue “enxergar o Serviço Social na instituição, na política de saúde, já entendo como isso funciona”, mas esclarece que precisa buscar sempre mais conhecimento, ao enfatizar a necessidade da capacitação continuada dos profissionais (ENTREVISTA, 2018).

Quando questionado sobre os parâmetros de atuação do assistente social na área da saúde, o entrevistado cita-o como basilar, que o utiliza constantemente, até mesmo para entender o Serviço Social na instituição, mas afirma que “é muita função exercer e tentar aplicar na regra, pois fico esmagado pela demanda, sem tempo, nenhuma profissão consegue exercer somente aquilo que é determinado para fazer” (ENTREVISTA, 2018).

De acordo com Pontes (1996), a atuação dos assistentes sociais deve ser baseada em: singularidade; universalidade e particularidade. O que leva a compreensão para além da aparência, levando os profissionais ao conhecimento da essência do objeto, no caso a atuação do profissional na saúde, ter a compreensão da totalidade. Nessa perspectiva, entender essa relação saúde/doença como fruto do processo de exploração da classe trabalhadora, proporcionada pelo sistema capitalista. A superexploração dos trabalhadores afeta a saúde do mesmo, o que resulta num aumento de demanda e acúmulo de trabalho. Por isso o assistente social precisa estar atento e não desenvolver seu trabalho de maneira pragmática e aligeirada. O atendimento qualificado exige tempo para planejar as ações, e intervenções a serem realizadas com mais produtividade, proporcionando um resultado de qualidade.

Assim os assistentes sociais que atuam na política de saúde, podem contribuir para a compreensão do desenvolvimento dessa política, bem como promover medidas para seu enfrentamento das demandas que lhes são apresentadas.

Deve-se ressaltar que a atuação do assistente social na Política de Saúde, bem como em qualquer política pública, exige a efetivação de suas competências e

atribuições. Contudo, o profissional precisa estar atento às armadilhas do sistema capitalista e nas teorias não críticas. Nesse sentido é fundamental o fortalecimento do Projeto Ético-político no cotidiano, garantindo uma visão macro da Questão Social que se revela na vida dos sujeitos, podendo permitir ações que atendam as reais necessidades dos usuários. Para tanto, o assistente social deve desenvolver seu trabalho pautado no Código de Ética profissional; na Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993 que regulamenta a profissão; nas diretrizes curriculares da ABEPSS. E planejar seu trabalho no entendimento da política de saúde conforme consta na Constituição Federal de 1988 e nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, ou seja, como direito do cidadão e dever do Estado.

3.4 Reflexões referentes à pesquisa no campo empírico

A realização do presente estudo de campo possibilitou identificar dados referentes a compreensão e as considerações do assistente social em relação ao processo de trabalho desenvolvido na unidade básica de saúde do município de Lunardelli-PR.

Com a realização da entrevista, guiada por um roteiro de questões semiestruturada, foi possível observar que os materiais produzidos pelo assistente social são sigilosos, guardados em armário com chave e de uso exclusivo do profissional. Além disso, notou-se que a sala é exclusiva para seus atendimentos e apenas o profissional tem o acesso, portanto, isso mostra o comprometimento com o sigilo profissional, descrito no código de ética da profissão.

Para nortear o trabalho dos assistentes sociais na saúde o CFESS publicou os parâmetros de atuação do assistente social na saúde, construído sendo norteadado pelo código de ética do Serviço Social, no qual constam os direitos do assistente social, um desses direitos é a inviolabilidade do local de trabalho, assim como os arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional.

Não obstante, com a pesquisa foi possível perceber que a carga horária de trabalho do assistente social é de trinta horas semanais e não possui uma escala de dias de atendimento ao público, pois este realiza os atendimentos de acordo com as demandas do dia. Com a carga horária de trinta horas, o profissional tem maior

possibilidade em realizar estudos e pesquisas, para trazer respostas mais qualificadas às demandas exigidas em cada instituição que o assistente social está inserido.

Em suma, a realização da presente pesquisa possibilitou compreender mais a fundo a unidade básica de saúde e suas especificidades. Lunardelli, apesar de ser um município de pequeno porte, conta com um quadro de profissionais que atuam em diversas áreas, no qual o Serviço Social compõe a equipe há quatro anos, ocupando seu espaço na luta pelos direitos dos usuários da política de saúde. A equipe multidisciplinar, é uma via de informação que dissemina o trabalho realizado pelo assistente social. Sendo assim, podemos considerar que o município tem um profissional de referência na área do Serviço Social no âmbito de saúde, para o atendimento e orientações no que diz respeito aos direitos sociais dos usuários da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de Conclusão de curso refletiu sobre o Serviço Social no âmbito do Sistema Único de Saúde, mais especificamente debruçou-se sobre as possibilidades e contribuições do assistente social na política de atenção básica em saúde no município de Lunardelli-PR. A temática abordada, ou seja, o Serviço Social no âmbito da saúde é um tema recorrente na literatura especializada. Esse fato facilitou a pesquisa, pois foi possível encontrar um leque de autores que discutem essa temática. Por outro lado, embora o SUS seja alvo de reflexão dos assistentes sociais, este estudo contribui para o debate em relação ao recorte territorial de nossa pesquisa, o município de Lunardelli-PR, podendo servir como subsídio para acadêmicos profissionais da área do Serviço Social e sociedade em geral aprofundarem a reflexão sobre a conjuntura da saúde no município.

Sendo assim, este estudo objetivou refletir sobre o Serviço Social no âmbito da unidade básica de saúde do município de Lunardelli-PR. Para tanto, cunhou-se três objetivos específicos que foram atendidos a partir do paralelismo capitular, sendo: apresentar o processo histórico de desenvolvimento da Política de saúde no Brasil; conhecer como a bibliografia especializada em Serviço Social aborda a temática da política pública de saúde brasileira e, por fim, compreender as considerações do assistente social em relação ao processo de trabalho desenvolvido na unidade básica de Saúde.

Portanto, no primeiro capítulo apresentamos, breves reflexões da trajetória histórica da saúde no Brasil, contextualizando desde a década de 1930 a 1990. Nesse resgate histórico, refletimos sobre as mudanças que foram ocorrendo na saúde do Brasil e como essas mudanças se consolidaram em direitos a saúde. Expomos que a atenção primária de saúde é considerada a “porta de entrada” para o SUS, seguido do Programa Saúde da Família, com atendimento domiciliar que visa a saúde nos aspectos de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

No segundo capítulo, apresentou-se um estudo sobre o Serviço Social e a política pública de saúde brasileira, a partir da literatura especializada, mediante o levantamento bibliográfico na revista Serviço Social e Saúde. Com o estudo desses artigos foi possível perceber uma simetria, entre eles o que possibilitou a discussão voltada a partir de eixos de análise: o acolhimento do Serviço Social na Saúde; o Serviço Social no acesso aos direitos à saúde; o Serviço Social e os desafios no SUS.

No terceiro capítulo, objetivando responder o problema de pesquisa “Como se configura o Serviço Social na unidade básica de saúde, no município de Lunardelli-PR?”, iniciamos apresentando os procedimentos metodológicos para realização da pesquisa, e em seguida analisamos as devolutivas do assistente social que nos concedeu a entrevista na , na unidade básica de saúde do município de Lunardelli-PR. A análise foi realizada a partir dos seguintes eixos: intervenções do Serviço Social a partir do acolhimento na Unidade Básica de Saúde; o Serviço Social no acesso aos direitos; os desafios do SUS: foco na atuação do assistente social.

Com o estudo pudemos perceber que, em relação as intervenções do assistente social por meio do acolhimento, faz-se necessário na perspectiva de facilitar o acesso aos direitos e o fortalecimento de vínculo do usuário com o próprio assistente social.

Em relação ao segundo eixo, o acesso aos direitos do usuário, o assistente social mencionou que o processo ocorre por meio de disponibilização de informações do profissional, tanto em relação aos direitos na política de saúde, quanto para demais informações relacionadas às outras políticas setoriais. O profissional também salientou que ainda existe uma barreira na divulgação e acesso aos direitos, por vezes o usuário não sabe que é cidadão de direitos, nessas e tantas outras situações, o assistente social atua, para divulgação das informações. Para alcançar esse objetivo o assistente social procura trabalhar com a equipe multidisciplinar, visando propagar o conhecimento aos outros profissionais da área da saúde.

Em relação aos desafios vivenciados no âmbito do SUS, o assistente social argumentou que a problemática está justamente na concepção de que o SUS é direito de todos, e sendo direito, o serviço tem que ser prestado de forma igual para todos, mas, de acordo com o profissional entrevistado, nem todos os cidadãos são iguais, principalmente na questão de renda, por isso é preciso considerar o princípio de equidade. Desta forma, para não proporcionar um atendimento desigual, o profissional faz uso do cadastro social para avaliar a situação socioeconômico da família. O que significa fornecer de forma igual, pela condição de vida de cada um e não por quantidade igual, o que seria injusto e não estaria usando do princípio de equidade e justiça social.

Dessa forma, os parâmetros de atuação do assistente social na saúde pontuam que a elaboração de estudo socioeconômico, na construção de laudos e pareceres

sociais a perspectiva é de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde (BRASIL, 2010).

O profissional fez, ainda, menção à visão da totalidade, tão necessária no cotidiano profissional, que está diretamente relacionada a formação crítica em conformidade com a regulamentação da profissão: código de ética, lei que regulamenta a profissão e o projeto ético-político profissional.

A realização da pesquisa foi essencial para ampliar a compreensão da pesquisadora sobre a temática, assim como conhecer a realidade vivida no cotidiano da profissão na unidade básica de saúde de Lunardelli-PR e a percepção do assistente social em relação a atuação na saúde.

Ao longo da pesquisa empírica, foi possível identificar que apesar do profissional ter autonomia no trabalho, existe algumas ações que não condizem com suas atribuições, uma vez que o gestor não identifica o real papel do profissional na instituição e, outro ponto, apesar da profissão ter evoluído ao longo das décadas e conquistado espaços ocupacionais, a categoria ainda sofre com a desvalorização em relação aos demais profissionais que atuam no campo da saúde, como médicos e enfermeiros.

Diante do exposto, pode-se identificar a necessidade de criar mecanismos para promover ações em conjunto, fazendo parte das equipes multidisciplinares, com intuito de desmistificar visões distorcidas e conservadoras que cerca a profissão, e também de modo a refletir as atribuições do Serviço Social ficando claro para os demais profissionais. Portanto, o assistente social para desenvolver seu trabalho em equipe, vai precisar seguir rigorosamente seus princípios ético-políticos que está exposto em alguns documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996).

Por fim, se espera que o presente estudo contribua para a aproximação da comunidade acadêmica, discentes, profissionais da área do Serviço Social e demais categorias que atuam na saúde em relação ao trabalho do assistente social na unidade básica de saúde de Lunardelli.

REFERÊNCIAS

ALVES, Francielle Lopes.; MIOTO, Regina Célia Tamaso.; GERBER, Luiza Maria Lorenzini. A política nacional de humanização e o serviço social: Elementos para o debate. **Revista Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v.6, n. 6, p. 35-52, maio. 2007.

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.

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

_____. José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: HUCITEC, 1986, p. 53-55.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05.10.1988. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 04 jun. 2019.

_____. **SUS 20 anos**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009, p. 282.

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

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira, (Orgs). **Política Social e Democracia**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012, p. 200-219.

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.

_____. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CABRAL, Ingrid de Assis Camilo; DALBOSCO, Carla. Representações de profissionais da saúde e assistência social sobre a intersetorialidade na área de álcool e outras drogas. **Revista Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v.16, n. 2, p. 189-210, jul./dez. 2017.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis,

v.14, n.4, p. 679-684, out./dez. 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2018.

CASTRO, Jamile Silva de Oliveira.; ANDRADE, Laurinete Sales de. Serviço Social e o SUS: Desafios na prática do assistente social. **Revista Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 111-126, jan./jun. 2014.

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Acolhimento e Serviço Social: Contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Revista Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v.4, n.10, p. 37-59, dez. 2010.

CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 14 set. 2018.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo, M.. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. 6 ed. São Paulo: Cortez, CEDEC, 2005, p. 13-59.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

COSTA, Nilson de Rosário. **O Banco Mundial e a Política Social nos Anos 90: Agenda para reforma do setor saúde no Brasil**. In: Política de Saúde e Inovação Institucional: Uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

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.

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, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989. p. 43-51.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social**. In: Revista Serviço Social e Sociedade n. 62. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 24. Ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 57-70.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 14 set. 2018.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 123-145, dez. 2010.

MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira.; BRISOLA, Elisa Maria Andrade.; SANTOS, Sandra Regina dos.; CHAMON, Edna Maria Querido de Oliveira. Repensando a interdisciplinaridade: Contributos à atuação do assistente social na área da saúde. **Revista Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-98, jan./jun. 2012.

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.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Determinantes sociais de saúde e a ação dos assistentes sociais-um debate necessário. **Revista Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 12, dez. 2011.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA FLEURY, Sonia M. **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1989.

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>. Acesso em: 13 set. 2018.

_____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PONTES, R. N. **A Categoria de Mediação em face do Processo de Intervenção do Serviço Social**. In: Cadernos Teóricos, Brasília, nº23, p. 60-68, 1996.

PONTES, Paula Munhen de Pontes.; OLIVEIRA, Denise Cristina de.; CESSO, Rachel Garcia Dantas.; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. O Princípio de **Universalidade do Acesso aos Serviços de Saúde: O que pensam os usuários?**. Esc Anna Nery Ren Enferm 2009 jun-set; 13 (3): 500-07.

ROSA, Maria Virgínia de Figueiredo Pereira do Couto; ARNOLDI, Marlene Aparecida Gonzalez Colombo. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para a validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006. 112 p.

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.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos.; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, 324 p.

SERRETA, Fernanda de Oliveira.; BERTANI, Íris Fenner. A construção do SUS e a participação do assistente social. **Revista Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 11, p. 31-58, jul. 2011.

SILVA, Alaíde Maria Morita Fernandes da.; RODRIGUES, Maria Lucia. Serviço social e o cuidado a saúde. **Revista Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 39-56, jan./jun. 2015.

SILVA, Marta Maria da.; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. Serviço social e interdisciplinaridade na atenção básica a saúde. **Revista Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 113-132, jan./jun. 2012.

SILVA, Samantha Cassia da.; COSTA, José Augusto.; OLIVEIRA, Isaura Isoldi Castanho de Mello e. A inserção de grupo de sala de espera como promoção em saúde em uma unidade pré-hospitalar. **Revista Serviço Social e Saúde**, São Paulo, v.16, n. 1, p. 25-48, jan./jun. 2017.

APÊNDICES

Apêndice A- Levantamento bibliográfico realizado na revista Serviço Social e Saúde

TÍTULO	ANO	NÚMERO	QUANTIDADE DE ARTIGOS	ARTIGOS SELECIONADOS PARA A MOSTRA
Revista Serviço Social & Saúde	2002	V. 1, N. 1	11	0
Revista Serviço Social & Saúde	2003	V.2, N1	5	0
Revista Serviço Social & Saúde	2004	V.3, N.1	5	0
Revista Serviço Social & Saúde	2005	V.4, N.1	10	0
Revista Serviço Social & Saúde	2006	V.5, N.1	9	0
Revista Serviço Social & Saúde	2007	V.6, N.1	6	1
Revista Serviço Social & Saúde	2009	V.7, N.1	8	0
Revista Serviço Social & Saúde	2010	V.9, N.1	8	0
Revista Serviço Social & Saúde	2010	V.9, N.2	8	2
Revista Serviço Social & Saúde	2011	V.10, N.1	8	0
Revista Serviço Social & Saúde	2011	V.10, N.2	8	2
Revista Serviço Social & Saúde	2012	V.11, N.1	7	0
Revista Serviço Social & Saúde	2012	V.11, N.2	7	0
Revista Serviço Social & Saúde	2013	V.12, N.1	6	2
Revista Serviço Social & Saúde	2013	V.12, N.2	7	0
Revista Serviço Social & Saúde	2014	V.13, N.1	9	1
Revista Serviço Social & Saúde	2014	V.13, N.2	8	0
Revista Serviço Social & Saúde	2015	V.14, N.1	9	1
Revista Serviço Social & Saúde	2015	V.14, N.2	8	0
Revista Serviço Social & Saúde	2016	V.15, N.1	8	0
Revista Serviço Social & Saúde	2016	V.15, N.2	8	0
Revista Serviço Social & Saúde	2017	V.16, N.1	7	1
Revista Serviço Social & Saúde	2017	V.16, N.2	6	1
Total de Artigos			176	11

Fonte: o próprio autor.

APÊNDICE B- Carta de apresentação



Universidade Estadual de Maringá

CAMPUS REGIONAL DO VALE DO IVAÍ-CRV
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado Colaborador,

Venho apresentar a pesquisa da acadêmica Lucilena Grando, graduanda em Serviço Social na Universidade Estadual de Maringá- UEM, intitulada, “Reflexões acerca do Serviço Social no âmbito da atenção básica de saúde do município de Lunardelli/PR”, sob minha orientação, visto que, para o desenvolvimento da mesma, sua participação é indispensável. Este estudo tem por objetivo refletir sobre o Serviço Social no âmbito da atenção básica de saúde. Para o desenvolvimento deste estudo, buscou-se um referencial teórico-metodológico que fundamentasse as análises empíricas da pesquisa o que levou a opção pela metodologia qualitativa. Para fins didáticos a presente pesquisa está dividida em duas fases, sendo a primeira, revisão de literatura especializada da área em nível geral, seguido pela pesquisa de campo, na qual, será realizada a aplicação da entrevista, por meio dos quais se poderão obter as devolutivas para a presente investigação e a sistematização e escrita do relatório final.

É oportuno destacar que uma vez aceitando participar dessa pesquisa o SEU NOME NÃO SERÁ IDENTIFICADO, pois, utilizaremos o termo “técnico do equipamento” para identifica-lo, garantindo-se, portanto, o sigilo sobre sua identidade, todavia, vale-se destacar que como o nome da instituição não será preservado, há possibilidades de identificação, tendo em vista que a instituição possui um Assistente Social. Dúvidas e sugestões podem ser encaminhadas por meio do contato com a graduanda Lucilena Grando– lucilenagrando@hotmail.com (43) 98484-3715, ou com a sua orientadora: Prof.^aDr.^aLilian T. Candia de Oliveira – lilian.candia@hotmail.com (43) 984857876. E-mail institucional ltcoliveira2@uem.br.

Att.

Prof.^a. Dr.^a. Lilian T. Candia de Oliveira.

Curso de Serviço Social-UEM/CRV

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Estadual de Maringá

CAMPUS REGIONAL DO VALE DO IVAÍ-CRV
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Colaborador:

Por meio deste instrumento você está sendo convidado a participar da pesquisa, conduzida por Lucilena Grando, graduanda em Serviço Social na Universidade Estadual de Maringá- UEM, intitulada, “Reflexões acerca do Serviço Social no âmbito da atenção básica de saúde do município de Lunardelli/PR”. Este estudo tem por objetivo refletir sobre o Serviço Social no âmbito da atenção básica de saúde. O desenvolvimento deste estudo divide-se em duas fases, sendo a primeira, revisão de literatura especializada da área em nível geral, seguidas pela revisão do contexto específico do surgimento da temática e pesquisa de campo, na qual será realizada a aplicação de entrevista, por meio dos quais se poderão obter as devolutivas significativas para a presente investigação e a sistematização e escrita do relatório final.

Ao final deste documento você deverá assinar, entregando uma via ao pesquisador e guardando outra com você. Sua participação não envolverá nenhuma despesa ou gratificação, em caso de recusa, não sofrerá nenhum transtorno ou penalidade, bem como poderá retirar seu consentimento em qualquer momento.

Caso a questão lhe traga algum constrangimento, você tem toda a liberdade para não responder, sem nenhuma penalidade por isso. Sua participação colaborará para a ampliação nos estudos referentes à área do Serviço Social no âmbito de saúde no Estado do Paraná.

A pesquisa somente se realizará perante o aceite do participante selecionado, legitimado pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esclareço que sua identidade será mantida em sigilo, uma vez que SEU NOME NÃO SERÁ IDENTIFICADO, todavia, vale-se destacar que como o nome da instituição não será

preservado, há possibilidades de sua identificação, tendo em vista que a instituição possui um assistente social.

Em caso de qualquer dúvida, pode entrar em contato com a Orientadora Responsável, Prof.^a Dr.^a M. Lilian T. Candia de Oliveira por meio do telefone (43) 984857876 ou pelo e-mail: lilian.candia@hotmail.com. E-mail institucional ltcoliveira2@uem.br. E com a pesquisadora Lucilena Grandó – e-mail: lucilenagrandó@hotmail.com e telefone (43) 98485-3715.

Agradeço sua colaboração.

Ivaiporã/PR 03/10/2018

Assinatura e carimbo do participante

Pesquisadora Responsável
Lucilena Grandó

APÊNDICE D – Roteiro semiestruturado de entrevista**REFLEXÕES ACERCA DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LUNARDELLI/PR****I. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS DO ENTREVISTADO**

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Idade: () 20 – 29 anos () 30 – 39 anos () 40 – 49 anos () 50 -59 anos () 60 anos ou mais
3. Formação Profissional: _____
4. Ano do término da graduação: _____
5. Instituição de formação: _____
6. Curso de pós-graduação: () Sim () Não
7. Em caso de pós-graduação, o nível de formação corresponde à: () Especialização () Mestrado () Doutorado
8. Área de formação: especialização/ mestrado/ doutorado em: _____
9. Função exercida na instituição: _____
10. Forma de ingresso na instituição: () Concurso Público () Indicação () Contrato Temporário () Voluntário () Outra: _____
11. Condição de trabalho na instituição: () Satisfatória () Pouco Satisfatória () Não Satisfatória
12. Vínculo empregatício: () Efetivo () Temporário
13. Carga horária semanal na instituição: _____

OBSERVAÇÕES:

II. ROTEIRO DE QUESTÕES

EIXO 1: O Acolhimento do Serviço Social na Saúde

1. No âmbito da saúde o assistente social realiza acolhimento? Se sim, de que forma?
2. Qual a sua opinião sobre o acolhimento enquanto ferramenta de intervenção na política de saúde?
3. Qual sua opinião sobre acolhimento, e o processo saúde/doença e fortalecimento de vínculos?

EIXO 2: O Serviço Social na Garantia de Acesso aos direitos a saúde

4. No processo de atendimento, existe algum tipo de orientação ao usuário quanto ao acesso aos direitos ofertados nas demais políticas setoriais?
5. Qual a sua opinião em relação à interdisciplinaridade no âmbito da saúde?
6. A interdisciplinaridade tem alguma relação com o acesso aos direitos?
7. O Serviço Social realiza ações coletivas no âmbito da saúde? Se sim, quais? Com quais objetivos?

EIXO 3: O Serviço Social e os Desafios no SUS.

8. Como se desenvolve o seu trabalho como assistente social na Unidade básica de saúde/ Quais ações você desenvolve?
9. Você enfrenta algum tipo de desafio no seu cotidiano? Se sim, explique.
10. Existe algum tipo de queixas dos usuários com relação à política de saúde? Se sim, explique.
11. Essa política poderia ser aprimorada? Se sim, explique.
12. Qual a sua opinião sobre a participação da sociedade civil no controle social de Lunardelli?
13. Qual a sua opinião sobre o Serviço Social na UBS de Lunardelli?