



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



**AMANDA SILVA DE OLIVEIRA
TAINARA KÜRTEEN CARVALHO**

**REFLEXÕES REFERENTES AO SERVIÇO SOCIAL NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS
PERTENCENTES À 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE
IVAIPORÃ-PR**

AMANDA SILVA DE OLIVEIRA
TAINARA KÜRTEEN CARVALHO

**REFLEXÕES REFERENTES AO SERVIÇO SOCIAL NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS
PERTENCENTES À 22ª REGIONAL DE SAÚDE DE
IVAIPORÃ-PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá – UEM, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ms. Claudiana Taveres da Silva Sgorlon.

Ivaiporã

2019

AMANDA SILVA DE OLIVEIRA
TAINARA KÜRTEEN CARVALHO

**REFLEXÕES REFERENTES AO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO
BÁSICA DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES À 22ª
REGIONAL DE SAÚDE DE IVAIPORÃ-PR**

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

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Claudiana Tavares da Silva Sgorlon
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof. Componente da Banca
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof. Componente da Banca
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Ivaiporã, ____ de _____ de 2019.

AGRADECIMENTOS

Amanda Silva de Oliveira

Agradeço primeiramente a Deus pelos dons, pela força, e pela fé que me deu nesta existência que serviram na realização deste Trabalho.

Aos meus pais Josi Oliveira e Luis Oliveira, pelo apoio e incentivo que serviram de alicerce para as minhas realizações que sempre me incentivaram e acreditaram que eu seria capaz de superar os obstáculos que a vida me apresentou.

Ao meu noivo Jean Carlos pela compreensão e paciência que jamais me negou apoio, amor, carinho e incentivo durante a realização deste trabalho. Obrigada meu amor por ser tão atencioso e por entender minha ausência em diferentes momentos!

Aos meus irmãos Alana Oliveira e Luis Henrique pela amizade e apoio neste processo.

À minha querida orientadora, Claudiana Tavares por aceitar esse desafio proposto, pois esse trabalho só foi possível graças a sua disponibilidade, carinho, paciência e por sempre estar presente para indicar a direção correta que o trabalho deveria tomar.

À minha dupla Tainara Kürten pela parceria neste processo, por aguentar minhas angústias e aflições e também por partilhar as conquistas e sensação de dever cumprido durante toda a construção deste trabalho.

À Universidade que me deu o incentivo e os meios necessários para correr atrás dos meus objetivos. Aos meus professores por todo conhecimento e carinho nessa trajetória acadêmica.

Às minhas amigas Vanessa, Renata Dyeniffer e Brenda com as quais compartilhei todas as alegrias, tristezas, angústias e conquistas nesse período de faculdade.

AGRADECIMENTOS

Tainara Kürten Carvalho

Primeiramente agradeço a Deus, que se fez presente todos os dias durante toda a caminhada, pois concluir esta etapa somente foi possível por meio da fé, superação e dedicação.

Agradeço a todos que se fizeram presentes na minha vida acadêmica, os quais sempre me incentivaram ao estudo, me impulsionaram nos momentos de dificuldades e acreditaram no meu potencial de desenvolvimento.

À minha dupla Amanda, agradeço por todos os momentos que compartilhamos juntas na construção deste trabalho e também de nossa vida acadêmica.

Finalizo os agradecimentos a todos os professores que passaram durante este processo de formação profissional, os quais compartilharam seus conhecimentos. Agradeço as orientadoras que passaram por nós neste trabalho, Lilian Tatiane Candia de Oliveira, Valéria Cristina Costa e, em especial, Claudiana Tavares da Silva Sgorlon, a qual esteve presente até o final.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

José de Alencar.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
C.F/88	Constituição Federal de 1988
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CSP	Caderno de Saúde Pública
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EAD	Educação a Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MESP	Ministério da Educação da Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RK	Revista Katalysis
SAMDU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SESA	Secretaria do Estado da Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIDA	Síndrome da Imodeficiência Adquirida
SSS	Serviço Social e Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

UBS's	Unidades Básicas de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UEM	Universidade Estadual de Maringá

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Forma de ingresso na instituição	78
Gráfico 2 – Carga horária semanal.....	79
Gráfico 3 – Tempo de trabalho na instituição.....	81
Gráfico 4 – Trabalho desenvolvido exclusivo na saúde ou compartilhado com outra política.....	83
Gráfico 5 – Condições de trabalho na instituição referentes ao sigilo profissional....	84
Gráfico 6 – Condições de trabalho na instituição referentes à autonomia profissional.....	85

Lista de Quadro

Quadro 1 – Unidade de Ensino, modalidade e ano de colação de grau.....77

OLIVEIRA, Amanda Silva de; CARVALHO, Tainara Kürten. **Reflexões referentes ao Serviço Social na Atenção Básica de Saúde nos municípios pertencentes à 22ª Regional Saúde de Ivaiporã-PR.** 114 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual de Maringá, Ivaiporã, 2019.

RESUMO

O Presente Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo geral conhecer e analisar a configuração do Serviço Social no âmbito de execução da Política de Saúde nos municípios que compõem a Secretaria de Saúde (SESA) do Paraná da 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR. A pesquisa estruturou-se em três capítulos, no qual o primeiro discute a contextualização histórica da política da saúde no Brasil entre as décadas de 1920 à década de 1980. O segundo capítulo aborda a contextualização histórica da política de saúde a partir da década de 1990 e, por fim, o terceiro capítulo apresenta o Serviço Social na Atenção Básica de Saúde nos municípios pertencentes a 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR. Quanto à metodologia, trata-se de um estudo qualitativo, constituída de pesquisa bibliográfica e pesquisa social sobre o estudo. As informações foram coletadas por meio de questionário que está estruturado por questões abertas, fechadas, e de múltipla escolha sobre o tema, e, para a obtenção de dados foram enviados individualmente questionários via *email* para os (as) assistentes sociais que compõem os municípios pertencentes a SESA – 22ª Regional Saúde de Ivaiporã-PR, a qual possui 16 (dezesesseis) profissionais, sendo 1 (um) de cada município, onde 7 (sete) deles se dispuseram a participar da pesquisa. Primeiramente, realizou-se contatos com os (as) assistentes sociais para explicar o objetivo da pesquisa realizada e também se utilizou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto aos profissionais participantes da pesquisa. Como resultado aponta-se que o Serviço Social na saúde se configura tanto nos atendimentos individuais quanto com as famílias realizando acompanhamento e garantindo os direitos de todos perante a Política de Saúde, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988. Outro resultado alcançado demonstrou que a carga horária semanal desempenhada na Política de Saúde pelos (as) sujeitos da pesquisa é insuficiente para o desenvolvimento dos quatro eixos existentes nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, pois os profissionais atuam de forma compartilhada com outra política em seus respectivos municípios. Ainda sobre os resultados obtidos, diz respeito à falta de condições adequadas para o desenvolvimento do seu trabalho, o que garantiria e manteria o trabalho com nível satisfatório de qualidade. Assim, foram registradas pelos (as) profissionais problemas relacionados à falta de estrutura para os atendimentos, como salas para garantir o sigilo, falta de recursos dentro da instituição, indisponibilidade do carro para realização de visitas domiciliares e demais deslocamentos. Portanto, existe um conjunto de fatores a serem discutidos na pesquisa para compreender e analisar o Serviço Social na Política de Saúde.

Palavras-chave: Serviço Social. Atenção Básica de Saúde. Assistente Social.

Oliveira, Amanda Silva de; CARVALHO, Tainara Kürten. **Reflections on Social Work in Primary Health Care in municipalities belonging to the 22nd regional health of Ivaiporã-PR.** 114 p. final paper (graduation in social work) – Maringá State University, 2019.

ABSTRACT

The present course conclusion paper has the general objective to know and analyze the configuration of social work in the scope of health policy implementation in the municipalities that make up the health secretariat of paraná-sesa of the 22nd regional health - ivaiporã-pr. the research is structured in three chapters, in which the first discusses the historical contextualization of health policy in brazil: from the 1920s to the 1980s. the second chapter discusses the historical contextualization of health policy from the 1990s and 1990s. finally, the third chapter presents the social work in primary health care in the municipalities belonging to the 22nd regional health - ivaiporã-pr. as for the methodology, it is a qualitative study, consisting of bibliographic research and social research on the study. the information was collected through a questionnaire that is structured by open, closed, and multiple choice questions on the subject. to obtain data, individual questionnaires were sent via email to the social workers in the municipalities belonging to sesa. - 22nd regional health of ivaiporã-pr., which absorbs 16 (sixteen) professionals, 1 (one) from each municipality, where 7 (seven) of them were willing to participate in the research. initially, we sought to contact the social workers to highlight the purpose of the research and also used the informed consent form with the professionals participating in the research. as a result it is pointed out that the social work in health is configured both in individual care and with families performing follow-up and guaranteeing the rights of all before health policy as established in the federal constitution of 1988. another result achieved showed that the weekly workload performed in the health policy by the research subjects is insufficient for the development of the four existing axes in the parameters of performance of the social worker in the health policy, because the professionals act in a shared way with another policy in their respective municipalities. still regarding the results obtained, it concerns the lack of adequate conditions for the development of their work, which would guarantee and maintain the work with a satisfactory level of quality. thus, problems related to the lack of structure for care were recorded by the professionals, such as rooms to ensure confidentiality, lack of resources within the institution, unavailability of the car for home visits and other displacements. therefore, there is a set of factors to be discussed in the research to understand and analyze social work in health policy.

Keywords: Social Work. Primary Health Care. Social Worker.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL: ENTRE AS DÉCADAS DE 1920 À DÉCADA DE 1980	17
1.1 Política de Saúde entre as décadas de 1920 até 1980	17
1.2 A Saúde no Contexto Ditatorial.....	27
1.2.1 A Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil.....	30
2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1990	35
2.1 A Política de Saúde na década de 1990: projeto privatista e os rebatimentos na saúde	35
2.2 A Atenção Básica em Saúde ao longo dos anos até a atualidade.....	43
2.2.1 Trajetória Histórica da Atenção Primária à Saúde (APS) no Mundo.....	49
2.2.2 Trajetória Histórica da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.....	52
2.2.3 A importância da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na reestruturação da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil	55
3. O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES A 22ª REGIONAL SAÚDE DE IVAIPORÃ-PR	63
3.1 A Pesquisa Qualitativa na leitura do objeto	63
3.2. Etapas Procedimentais	64
3.2.1 Instrumentos de coleta de dados.....	65
3.2.2 Critérios de seleção das instituições.....	66
3.2.3 Critérios de seleção e caracterização dos sujeitos	67
3.3 Análises dos dados.....	67
3.4 Reflexões referentes ao trabalho do assistente social.....	68
3.4.1 A inserção de assistentes sociais na Política de Saúde	71
3.5 Análise da Pesquisa	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICES	109
APÊNDICE A – Questionário.....	110
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	113

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa se constitui como Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharel em Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Campus Regional do Vale do Ivaí, e tem por temática de estudo a Política de Saúde, tendo por recorte a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) – 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR, da qual se destacam as reflexões referentes ao Serviço Social na Atenção Básica de Saúde.

A temática de estudo abordada pelas pesquisadoras foi selecionada a partir do envolvimento de uma das pesquisadoras no âmbito da Política de Saúde do município de Ivaiporã-PR. O tema pareceu profícuo, principalmente por observar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua universalização como um direito previsto pela Constituição Federal de 1988 (C.F/88). Com o desenvolvimento deste estudo amplia-se o conhecimento em relação ao trabalho desenvolvido pelos (as) assistentes sociais no âmbito da Política de Saúde, evidenciando as percepções em relação aos desafios e os avanços que encontram no cotidiano de seu exercício profissional nos municípios pertencentes à SESA - 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR. Essa Regional é composta por 16 (dezesesseis) municípios, sendo: Arapuã, Ariranha do Ivaí, Cândido de Abreu, Cruzmaltina, Godoy Moreira, Ivaiporã, Jardim Alegre, Lidianópolis, Lunardelli, Manoel Ribas, Mato Rico, Nova Tebas, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, Santa Maria do Oeste, São João do Ivaí. Portanto, neste estudo, as pesquisadoras buscaram analisar a configuração do Serviço Social no âmbito de execução da Política de Saúde destes municípios.

A temática desta pesquisa revelou-se importante, pois, foi realizado um levantamento de monografias no acervo da UEM-CRV, bem como da biblioteca municipal e, constatou-se a inexistência de estudos sobre o tema na região de Ivaiporã-PR. Sobre o desenvolvimento histórico da Política de Saúde, este estudo possibilita um aprofundamento na reflexão, na medida em que se apresenta a discussão que a bibliografia especializada em Serviço Social tem apresentado em relação à Política de Saúde.

Atualmente no Brasil há pouco mais de 180 mil profissionais com registro nos 24 (vinte e quatro) Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e, 3 (três) delegacias de base estadual, sendo o segundo país em quantitativo de assistentes

sociais, pois o primeiro é os Estados Unidos. Segundo a pesquisa “Assistentes Sociais no Brasil”, realizada no ano de 2005¹ pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), a profissão é composta majoritariamente por mulheres, sendo pouco mais de 90%. O estudo ressalta a inserção do Serviço Social em instituições de esfera pública, com quase 80% da categoria ativa trabalhando nesta esfera. A saúde, a assistência social e a previdência social são as áreas que mais empregam profissionais neste âmbito (CFESS, 2010).

Considerado que a Política de Saúde é uma grande empregadora dos (as) assistentes sociais, justifica-se o desenvolvimento desta pesquisa no intuito de conhecer os desafios e os avanços que são vivenciados na execução desta Política nos municípios que pertencem à SESA - 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR, contribuindo, desse modo, com o avanço das discussões sobre essa temática de estudo relevante para o Serviço Social. O estudo também possibilitou promover uma aproximação com um campo de atuação do (a) assistente social, proporcionando a expansão do conhecimento sobre o Serviço Social na Política de Saúde e a importância do trabalho do (a) assistente social nesta política específica.

Deste modo, buscou-se neste estudo conhecer as reflexões referentes ao Serviço Social na Atenção Básica de Saúde no campo escolhido para a pesquisa, por meio das devolutivas dos (as) respectivos (as) assistentes sociais. Portanto, o estudo tem como propósito responder ao problema que deu origem à pesquisa: “Como se configura o Serviço Social no âmbito de execução da Política de Saúde nos municípios pertencentes à SESA - 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR?”. Para tal, definiu-se como objetivo geral: “Conhecer e analisar a configuração do Serviço Social no âmbito de execução da Política de Saúde nos municípios que compõem a Secretaria de Saúde (SESA) do Paraná - 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR”. Para que o objetivo proposto fosse alcançado, definiu-se os seguintes objetivos específicos: I- Conhecer o processo histórico de constituição da Política de Saúde no Brasil e a inserção do (a) assistente social neste espaço sócio-ocupacional; II- Compreender a estruturação da Política de Saúde após a década de 1990 até os dias atuais, e III- Evidenciar as configurações do Serviço Social no âmbito de execução da Política de Saúde nos municípios que compõem a SESA - 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR.

¹ Não são disponibilizados pelo CFESS dados atuais.

Vale ressaltar que os objetivos específicos foram atendidos em cada capítulo deste estudo. Assim, o primeiro capítulo teve como escopo refletir sobre o processo histórico de constituição da Política de Saúde no Brasil, fundamentando-se em literatura especializada, por meio de uma contextualização histórica dessa política, delineando temporalmente o recorte da década de 1920 à década de 1980.

Já o objetivo do segundo capítulo foi apresentar a trajetória da política de saúde no Brasil, apresentando a contextualização após a década de 1990, década esta de desconstrução dos direitos sociais da população, que apresenta características que possibilitaram ampliar a visão para problematização e análise mais profunda da Política de Saúde nos dias atuais. Em um segundo momento, apresentou-se a caracterização e a trajetória da Atenção Básica de Saúde, dado o objetivo deste trabalho de centralizar-se na discussão da inserção do (a) assistente social neste âmbito.

O terceiro capítulo apresenta os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa, ressaltado por meio de pesquisa qualitativa na leitura do objeto, bem como etapas procedimentais, instrumentos de coleta de dados, critério de seleção das instituições, finalizando com uma análise dos dados coletados, acompanhados de algumas considerações referentes a pesquisa realizada e acerca do trabalho do (a) assistente social na Política de Saúde.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL ENTRE AS DÉCADAS DE 1920 À DÉCADA DE 1980

Historicamente a saúde foi a área que absorveu o maior número de profissionais de Serviço Social no Brasil, sobretudo a partir da década de 1940, com a elaboração de um conceito de saúde que passou a considerar também os aspectos biopsicossociais como seus determinantes e a elaboração de uma política de saúde centrada na assistência médica hospitalar e curativa (BAPTISTA, 2007). Nesta direção, compreender a inserção dos (as) assistentes sociais neste campo se faz importante, reconhecendo-o como espaço que vem se fortalecendo nos últimos anos, devido principalmente à configuração das políticas sociais no Brasil.

Com a vinda da família Real para o Brasil em 1808, propiciou-se também a chegada de médicos europeus ao país, e assim, ao longo do tempo, foi possível ser consolidado o conhecimento, o tratamento e o controle das doenças, por conseguinte, passa a ser legitimada a preocupação com as condições de vida existentes em diferentes territórios brasileiros (BAPTISTA, 2007).

Bravo e Matos (2009) ressaltam que na década de 1940 a ação profissional nesta área ampliou-se significativamente e se transformou na esfera que mais absorveu os (as) assistentes sociais. Os autores atribuem tal expansão a adoção de um conceito ampliado de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, o qual requisitou à atuação de vários profissionais, inclusive de assistentes sociais, por ter o enfoque ao trabalho em equipe multidisciplinar.

Contudo, pensar a Política de Saúde exige um entendimento de como ela é organizada na sociedade e como se constituiu ao longo do tempo. Portanto, o capítulo que ora se apresenta tem como objetivo refletir a trajetória histórica da Política de Saúde no Brasil entre as décadas de 1920 até a década de 1980. Num segundo momento, ressalta-se a saúde no contexto ditatorial, período este marcado pela ditadura militar, resultando em vários setores privatizados. Ainda nesse capítulo, evidencia-se de forma breve a saúde e o Movimento de Reforma Sanitária.

1.1 Política de Saúde entre as décadas de 1920 até 1980

A atenção estatal à saúde ou a saúde enquanto questão social é vista como um processo resultante da implementação do sistema capitalista, ganhando destaque no cenário político apenas no fim do século XIX, devido ao movimento da Primeira Revolução Industrial², num processo em que os trabalhadores intimidaram o Estado por meio das lutas sociais e reivindicações, para que estes conseguissem ter o acesso aos serviços básicos que diminuíssem os impactos das relações de produção em suas vidas. Assim, a atenção à saúde entrou na agenda estatal no contexto das primeiras lutas sociais realizadas pelos trabalhadores na busca pelos direitos relacionados ao trabalho no âmbito da Revolução Industrial (BRAGA; PAULA, 1981).

Segundo Braga e Paula (1981), no decorrer da história do desenvolvimento do capitalismo a questão da saúde cresceu como um problema considerado coletivo e logo adquiriu espaço no pensamento econômico, uma vez que este avanço sobrevém não somente com o aumento da gravidade dos problemas de saúde, mas na medida em que a atenção à saúde passou a ser um obstáculo político e econômico. Nesse sentido, este era o trato que o Estado daria em conformidade com as peculiaridades e também interesse do capital para cada nação, para deste modo moldar as políticas de atenção à saúde de acordo com cada nação, e, por isso as políticas de atendimento à saúde caracterizavam-se de maneira distinta nos diversos países, considerando o estágio de desenvolvimento do capitalismo, desenvolvido ou subdesenvolvido, e o processo reivindicatório organizado pela classe trabalhadora.

De acordo com os mesmos autores, é possível compreender que a questão da saúde, com o *boom* industrial, passou a ter a atenção do sistema capitalista a partir do momento em que a condição de vida dos trabalhadores começou a ser uma ameaça para a acumulação do capital e, pelo risco de espalhar doenças para a classe burguesa, visto que no século XIX, na Inglaterra, houve o aumento da medicina que resultou em um controle da saúde e do corpo dos pobres, para desta forma torná-los mais capacitados ao trabalho e menos perigosos para os ricos.

² A Revolução industrial foi um conjunto de mudanças que aconteceram na Europa nos séculos XVIII e XIX. A principal particularidade dessa revolução foi a substituição do trabalho artesanal pelo assalariado e com o uso das máquinas. Até o final do século XVIII a maioria da população europeia vivia no campo e produzia o que consumia. De maneira artesanal o produtor dominava todo o processo produtivo. Disponível em: <https://www.sohistoria.com.br/resumos/revolucaoindustrial.php>. Acesso em: 20 nov. 2018.

Assim, o Estado deu início à criação de medidas que possibilitavam a diminuição destes problemas, pois era um campo de lutas no qual os interesses da classe trabalhadora e dominante se interrelacionavam, gerando um embate entre essas forças, na qual predominava quem tinha maior hegemonia.

A concepção de saúde e como era abordada esta questão a partir do século XIX, efetivaram as ações de saúde pública, na qual o Estado atuava com medidas necessárias para a melhoria das condições de vida da população de forma aparente. O atendimento à saúde, organizado devido às lutas reivindicatórias da classe trabalhadora, como toda política social era dotada de um significado ambíguo: por um lado, possibilitou-se a continuidade e fortalecimento do sistema capitalista, principalmente ao se considerar a saúde como força e disposição da classe trabalhadora no contexto de produção, e, por outro lado, efetivou-se um direito da classe trabalhadora, possibilitando-lhe os cuidados relativos à saúde de seus corpos (BRAGA; PAULA, 1981).

De acordo com os autores supracitados, os economistas clássicos David Ricardo e Karl Marx³, mesmo não pensando efetivamente a partir da área da saúde, favoreceram com uma sucessão de instrumentos que são interessantes para refletir a interação entre as atividades econômicas e a saúde da população, uma vez que a questão de saúde pode ser apontada por meio de aportes teóricos e em grande parte “aparece de modo explícito com alguma frequência, principalmente ligada às análises populacionais, a questão do mínimo de subsistência e ao processo de trabalho”. (BRAGA; PAULA, 1981, p. 13).

³ Para situar a leitura e indicar quem são “os economistas” principais de que trata o autor no texto, acrescentam-se aqui informações coletadas em pesquisas virtuais, sobre ambos. David Ricardo, inglês, economista do século XVIII/XIX, é um dos fundadores da escola clássica inglesa da economia política, analisou aspectos centrais do sistema capitalista de produção (como trabalho e lucro) e formulou uma teoria liberal que defende um sistema de livre comércio e produção de bens, que abre precedentes para a abertura máxima do mercado na oferta de todos os tipos de serviços (incluindo educação, saúde, transporte etc.) em detrimento de um Estado com o mínimo de interferência nesta esfera. Karl Heinrich Marx, alemão, filósofo, economista e jornalista do século XIX, foi um intelectual revolucionário que analisou os aspectos fundantes do sistema capitalista de produção, com contribuições de extrema importância para a compreensão da luta de classes (entre detentores dos meios de produção e detentores da mão de obra) e da desigualdade social gestada por tal sistema. Contribuiu socialmente com um arcabouço teórico que analisa a centralidade do trabalho na sociedade capitalista, o papel do Estado e do mercado nesta sociedade, bem como ressaltou a perspectiva revolucionária da classe trabalhadora para se erradicar o capitalismo e a exploração do homem pelo homem, que gera injustiça, desigualdade e repressão, e se ter uma forma de sociabilidade totalmente diferente. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki>. Acesso em: 20 nov. 2018.

A partir das ideias do economista David Ricardo, citado por Braga e Paula (1981), pode-se observar que:

[...] a taxa de crescimento populacional tenderia a superar a de crescimento econômico a tais níveis que o excesso da mão-de-obra poderia provocar miséria. (Mais uma vez, a questão da saúde, da mortalidade e da morbidade aparece ocultas, não vistas, mas nem por isso menos fundamental para o desenvolvimento do raciocínio. (BRAGA; PAULA, 1981, p. 15).

Já a partir dos aportes de Marx, têm-se outras perspectivas de reflexão:

A relação social fundamental é a que estabelece entre capital e trabalho. E no processo de reprodução se enraízam as determinações sociais da saúde e da doença em dois planos inseparáveis: a parcela do valor produzido que cabe aos trabalhadores, consubstanciada no salário que lhes é pago e nos bens coletivos que a sociedade dispõe; e as condições do próprio processo de trabalho. [...] Marx não parte da distribuição do produto social para determinar o nível do salário e de subsistência, como faz Ricardo. Inverte o sentido do raciocínio e parte das relações de produção, que terão como consequência a determinação daquele nível de subsistência. (BRAGA; PAULA, 1981, p. 16).

Diante do exposto, as condições de saúde da população estavam condicionadas ao processo de produção e, ligadas às condições físicas e/ou psíquicas, ou seja, ligadas às condições de vida e o acesso à riqueza que era socialmente produzida.

Partilhando do pensamento de Baptista (20017), a saúde foi assumida pelo Estado no ano de 1808, mas foi no século XX, mais precisamente no fim da década de 1920, que houve efetivamente a intervenção estatal na área da saúde. Desse modo, no Brasil, durante décadas as ações de saúde mantiveram-se com vistas à consolidação econômica, possuindo como foco o poder e também a manutenção da exploração das riquezas, logo tendo o enfoque na proteção e saneamento das cidades visando à observação e o controle das doenças e dos doentes, principalmente nas cidades com portos, nos quais se realizavam a comercialização e a exportação de produtos.

Em 1920 Carlos Chagas sucedeu a Oswaldo Cruz na direção das ações de

saúde no Brasil, reestruturando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)⁴ e, introduzindo a propaganda e a educação sanitária. Apresentou, assim, outro modelo de fazer campanha sanitária, para além de ações puramente de fiscalização e policial, com a criação de órgãos especializados para erradicar doenças e atividades de saneamento para além do Rio de Janeiro (LIMA; PINTO, 2003).

Nesta década buscou-se a ampliação do atendimento à saúde em território nacional. Assim, foram levantadas questões em relação à higiene e à saúde dos trabalhadores, pois o país estava passando por um momento de crise no padrão de exportação, devido ao fato dos navios e portos terem níveis precários de higiene e, os países importadores exigiam maior qualidade dos produtos. Tais exigências obrigaram os representantes do Estado a programar ações no âmbito da saúde, com foco na área de exportação. As ações governamentais pretendiam garantir a expansão econômica do país, auxiliando assim para a construção do embrião da política previdenciária brasileira e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), por intermédio dos interesses estatais e de revoltas populares que pressionavam a efetiva atuação do Estado na Política de Saúde (LIMA; PINTO, 2003).

Baptista (20017) afirma que na década de 1930 o Estado foi um regulador da economia, diante disto houve um avanço no processo de industrialização e um planejamento do sistema de proteção à saúde. As questões relacionadas à saúde passaram a ser respondidas de forma mais adequada, assim, foi necessário criar aparelhos de intervenção estatal para o cenário econômico e político nacional. Com o aumento da urbanização e ampliação da classe trabalhadora, questões como a falta de suporte, refletiram-se em condições precárias de trabalho como habitação e saúde.

No Brasil, a partir da década de 1930 a política nacional se encontrava sobre o comando do presidente Getúlio Vargas, que organizou uma grande reforma na

⁴ Departamento criado em 2 de janeiro de 1920, pelo Decreto n.º 3.987, para ser o principal órgão federal da área de saúde, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O novo departamento correspondeu na prática a uma reforma na estrutura da saúde pública brasileira, em particular pelo aumento da capacidade do governo federal para atuar além dos limites da capital do país e dos principais portos marítimos e fluviais, e pela incorporação formal, pelo Estado nacional, da preocupação com as doenças das populações do interior. Seu primeiro diretor foi Carlos Chagas, que desde 1917 era diretor do Instituto Oswaldo Cruz e acumulou os dois cargos até 1926. Nesse ano assumiu a direção do DNSP, o médico, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e político baiano Clementino Fraga, que permaneceu até o final da Primeira República. Disponível em: [https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeirarepublica/DEPARTAMENTO%20NACIONAL%20DE%20SA%20C%20P%20C%20ABLICA%20\(DNSP\).pdf](https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeirarepublica/DEPARTAMENTO%20NACIONAL%20DE%20SA%20C%20P%20C%20ABLICA%20(DNSP).pdf). Acesso em: 20 nov. 2018.

administração e na política, resultando na Constituição de 1934, logo iniciando o governo constitucional até o ano de 1937 e, a Ditadura do Estado Novo de 1937 a 1945. Este momento caracterizou-se por uma forte fase de centralização política e também de participação estatal nas políticas públicas, e que, juntamente com as políticas populistas, atribuiu ao presidente Getúlio Vargas o apelido de pai dos pobres (AGUIAR *et al.*, 2015).

Neste período aconteceu um deslocamento da economia para os centros urbanos, portanto, passou-se a ter grandes investimentos no setor industrial, sobretudo nas cidades de São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, que se procedeu em um desequilíbrio econômico desta região, resultando em êxodo rural, em especial, vindos da região nordeste para o centro econômico do país. No entanto, desenvolveu-se um processo de urbanização de forma precária e desordenada, culminando no crescimento das chamadas favelas, e, esta massa urbana foi a mão de obra do setor industrial, o qual exigia cada vez mais investimento em infraestrutura (AGUIAR *et al.*, 2015).

Assim, conforme Aguiar *et al.* (2015), o sistema capitalista e o trabalho tinham sua relação mediada pelo Estado, o qual estabelecia o salário mínimo, que possibilitava que o capital acumulasse cada vez mais. O sistema econômico teve uma forte expansão, a partir do qual foram realizadas mudanças na organização do Estado e também surgiu uma legislação paralela para que fosse possível a efetivação de tais mudanças, além da criação de vários Ministérios, sendo eles do Trabalho, da Educação, da Saúde e da Indústria e Comércio.

Nesse sentido, as leis trabalhistas foram promulgadas no Governo de Getúlio Vargas em 1º de maio de 1943, assim, foi estabelecida uma relação contratual entre capital e trabalho, e, ao mesmo tempo, acarretou em garantia de alguns direitos sociais. Também ocorreu a vinculação do Estado e Sindicatos, onde era exigido o pagamento de contribuição sindical dos trabalhadores que se sindicalizaram. O rápido crescimento industrial se deu por meio da exploração da mão de obra dos trabalhadores e a custo das precárias condições que os mesmos trabalhavam, por este motivo, os riscos de problemas de saúde dos trabalhadores urbanos aumentaram, pois não se tinha saneamento básico adequado e nem moradia para os mesmos (AGUIAR *et al.*, 2015).

Com isso os problemas de saúde antigos da população como desnutrição,

verminoses, estresse, acidentes de trabalho, entre outros, foram acrescidos de novos problemas devido à inserção dos trabalhadores no processo produtivo industrial e em decorrência também das condições precárias de trabalho e do modo como vivia a classe trabalhadora (AGUIAR *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, de acordo com Aguiar *et al.* (2015), as medidas que foram tomadas em relação à saúde eram no sentido de manter a força de trabalho com condição de produção. Os serviços prestados pela assistência médica que estava vinculada à Previdência Social, as CAP's, as quais entre os anos 1933 e 1938, inicialmente eram apenas para os funcionários das empresas ferroviárias e, posteriormente, estendidas também para os funcionários das empresas marítimas e portuárias, transformadas pelo Governo Getúlio Vargas devido ao surgimento do sistema previdenciário público, se tornando então os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), ligados ao Ministério do Trabalho, não sendo mais vinculados às empresas e sim às categorias profissionais.

Os IAPs tinham a sua gestão realizada pelo Estado, pois era atribuição do presidente da República nomear o presidente desta instituição, enquanto os representantes dos patrões e trabalhadores eram indicados pelos sindicatos que estavam ligados ao poder executivo. O financiamento se dava de forma tripartite, pois contava com a participação dos empregados, empregadores e Estado, sendo o Estado o maior centralizador de recursos financeiros (AGUIAR *et al.*, 2015).

Na década de 1940, iniciou-se o trabalhismo oficial, pois em 1939 regulamentou-se a justiça do trabalho e, em 1943 foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)⁵. O regime corporativista de Vargas se sustentou a partir da massa urbana assalariada, com a promulgação de leis trabalhistas que procuravam estabelecer um contrato capital-trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador que transpareciam, a partir do governo, sob a ótica de dádiva e não de conquista dos trabalhadores para manter o movimento trabalhista contido dentro das forças do Estado. E, assim, era dada uma especial atenção aos trabalhadores comerciários e industriais, por serem os setores de rentabilidade para a economia (POLIGNANO, 2001).

⁵ A CLT é uma lei brasileira referente ao direito do trabalho. Ela foi criada por meio do Decreto Lei n.º 5 452, de 1 de maio de 1943 e, sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas durante o período do Estado Novo, entre 1937 e 1945, unificando toda legislação trabalhista e existente no Brasil. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Consolida%C3%A7%C3%A3o_das_Leis_do_Trabalho. Acesso em: 20 nov. 2018.

As medidas criadas para favorecer a implementação do projeto político ideológico e econômico do país provocaram mudanças tanto na área da saúde como na geração do Ministério da Educação da Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Existia uma diferença entre eles para dar suporte à política ideológica do momento, com a divisão entre a saúde pública e a medicina previdenciária. O MTIC possuía funções próprias de proteção apenas para os trabalhadores formais, com um modelo de sistema previdenciário existente naquele período (BAPTISTA, 2007).

De acordo com Bravo (2006), a implementação do Serviço Social na área da saúde teve início com a ação designada como pioneira do Serviço Social no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, o qual no ano de 1943 foi denominado Serviço Social Médico. Com isso coube ao Serviço Social enfatizar a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuar em programas estabelecidos pelas normatizações da Política de Saúde.

No período de 1945 a 1950 foi consolidada a Política Nacional de Saúde, a qual vinha sendo planejada desde 1930. Durante a Segunda Guerra Mundial foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Entre o período de 1945 a 1964 ocorreram melhorias nas condições sanitárias, porém não foi capaz de eliminar o alto número de doenças infecciosas e parasitas daquela época (BRAVO, 2009).

No Brasil, nos períodos mercantilistas e colonial as ações limitavam-se a manutenção da mão de obra viva para o trabalho e para os negócios do país, pois nesses períodos muitas doenças tropicais e desconhecidas afetavam a população (BRAVO, 2009).

De acordo com Paim *et al.* (2011), este período de instabilidade democrática (1945 a 1964), tinha como contexto macroeconômico e socioeconômico a substituição de importações, a rápida urbanização, um quadro de migrações, o advento da indústria automobilística e a penetração do capital internacional.

Nas décadas de 1950 e 1960 surgem nos Estados Unidos a medicina integral, a medicina preventiva e a medicina comunitária, as quais influenciaram os rumos da saúde no Brasil, porém, não exerceram influência sobre o trabalho dos assistentes sociais, os quais prosseguiram trabalhando em hospitais e ambulatórios, concentrando suas ações no nível curativo e hospitalar prioritariamente.

Desse modo, as ações voltadas para o sistema de saúde centraram-se na criação do Ministério da Saúde em 1953 e, na expansão da assistência hospitalar, ao mesmo tempo em que havia a instalação de empresas de saúde e que surgiram leis que buscaram unificar os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos. Com isto, os principais desafios colocados à saúde neste período foram a emergência de doenças modernas, por conta do *boom* industrial, como doenças crônicas e degenerativas, acidentes de trabalho e acidentes de trânsito (PAIM *et al.*, 2011).

O processo de industrialização foi acelerado no Brasil no governo de Juscelino Kubitschek de Oliveira (1956-1961), o qual tinha como objetivo de governo a proposta de conservação da ordem legal, consolidação do regime democrático e ideologia do desenvolvimentismo, com a convicção de um futuro de grandeza nacional, se pautando na promessa de construir 50 anos em 05 (BAPTISTA, 2007).

Desta forma, segundo Baptista (2007), na década de 1950 houve algumas alterações no sistema de proteção à saúde, ocorridas por meio de mudanças identificadas nos gastos com a saúde pública, que foram positivas para a melhoria das condições sanitárias, do crescimento dos serviços e de um modelo de saúde baseado no hospital e na assistência cada vez mais aprimorada, a qual permitiu um desenvolvimento de medicamentos que eram considerados modernos, propiciou ainda um aumento na execução médica. Tais medidas eram necessárias para dar conta do novo processo da economia, o qual gerou grande massa de trabalhadores para serem atendidos pelo sistema público, principalmente para o atendimento mais complexo do quadro de doenças causadas pela modernidade, como acidentes de carro, violências, aumento de doenças crônicas e degenerativas, dentre outras.

Foi na década de 1950 que se instaurou a prática de convênios-empresa para suprir a demanda existente, bem como se alastrou o atendimento hospitalar de natureza privada com tecnologias de última geração, apontando para a formação das empresas médicas e a defesa do setor privado. Assim, este quadro indicava a necessidade de políticas que se voltassem para a melhoria de saúde da população com vistas à obtenção do desenvolvimento do país, o que abriu precedentes para ter neste período um sanitarismo desenvolvimentista que propunha a compreensão das relações entre saúde e doença para a transformação econômica, social e política do

país. Diante do exposto, esse quadro indicava a necessidade de políticas que se voltassem para a melhoria de saúde da população que teria um desenvolvimento para o país, que abriu precedentes para o sanitarismo desenvolvimentista (BAPTISTA, 2007).

O período de desenvolvimentismo manteve a lógica de ações e serviços de saúde entre o sistema previdenciário e a saúde pública, atendendo de forma separada a população com diferentes ênfases que traçavam a prevenção de doenças transmissíveis e assistência curativa para manter a mão de obra da classe trabalhadora. Impulsionadas pelas mudanças no crescimento das cidades, fez-se com que ocorresse uma demanda de recursos para manutenção desse sistema. Isto constituiu, em uma base para a expansão do sistema de saúde ao demandar que o Estado utilizasse a saúde como instrumento para consolidar o complexo produtivo e ao necessitar de aumento no seu papel e nos recursos despendidos em setores específicos de saúde, como postos de trabalho, indústrias de medicamentos e equipamentos, ensino profissional, hospitais e demais segmentos (BAPTISTA, 2007).

A partir de 1960 diversas mudanças apresentaram novos rumos ao Serviço Social brasileiro, pois até aquele momento a profissão seguia direcionamentos estabelecidos pelo chamado bloco conservador hegemônico que dominava a produção do conhecimento, as entidades organizativas da profissão e o trabalho profissional. No entanto, a manifestação de assistentes sociais com posicionamentos progressistas, questionadores do Serviço Social conservador começaram gradativamente a produzir debates respaldados pelas ciências sociais e humanas (BRAVO; MATOS, 2009, p. 29).

Essas manifestações ganharam notoriedade e, apesar da criação dos centros de saúde, datados a partir da década de 1920, somente em 1975 que assistentes sociais foram inseridos na equipe formada por médicos, enfermeiros e visitantes (BRAVO; MATOS, 2009).

Neste sentido, Escorel (1999) afirma que a área da saúde passou a ter outros princípios somente após a década de 1970, devido ao Movimento Sanitário brasileiro que resultou em um Projeto de Reforma Sanitária. A concepção de saúde assumida pelo movimento estava além de doenças, como uma questão intrínseca ao

ser humano, integrada pelos múltiplos âmbitos que compõe a vida humana, dentre elas: questões de renda, lazer, alimentação, habitação, emprego, dentre outras.

Desta forma, no Brasil, desde quando foram criados os cuidados públicos com a saúde, os serviços prestados estavam atrelados ao mundo do trabalho. Durante um longo período a Política de Saúde esteve vinculada com as Políticas de Previdência Social.

Nessa linha de raciocínio, Cohn (2003) explicita que foi a partir da Constituição Federal de 1988 que estes vínculos foram rompidos, pois esta assegura a proteção social com base na seguridade social, haja vista que antes o atendimento à saúde estava configurado nos moldes de seguro social. Este vínculo atribuiu às políticas de saúde e previdência algumas características que estão presentes até hoje devido à dificuldade de desprendimento, como o caráter assistencialista.

Vale ressaltar que realizar um estudo da saúde no país desde o período colonial até o século XX possui grande relevância para compreender e interpretar as condições da saúde da população, a organização sanitária e também a evolução dos conhecimentos médicos sanitários. Nestas circunstâncias ocorreram mudanças que afetaram consideravelmente a Política de Saúde, sendo uma delas a sua expansão devido ao crescimento das cidades e entre outras questões, as quais serão destacadas a seguir.

1.2 A Saúde no Contexto Ditatorial

Entre as décadas de 1960 a 1980 aconteceram mudanças no Sistema Único de Saúde brasileiro. Mesmo sendo um período marcado pelo regime de ditadura militar, o qual trouxe um processo de privatização de vários setores, ainda se teve no ano de 1970 a consolidação do Movimento Sanitário, fundado na proposta de um Sistema Único de Saúde de acesso universal, para desta forma superar a lógica entre a assistência médica individual e a saúde pública, para quem não pudesse adquirir a mesma, sob o controle público da sociedade civil que possuía caráter descentralizado de gestão e financiamento (BAPTISTA, 2007).

De acordo com Netto (2001), o regime de autocracia burguesa brasileiro, conhecido como ditadura militar, tinha como lema central refazer a ordem brasileira diante da ameaça do comunismo, o qual queria normalizar e alavancar a economia

do país para atender ao circuito do capital. Desta forma, instauraram-se governos militares com políticas extremas que, para atingir os objetivos do capitalismo, fazia a população sobreviver em meio aos ditames de coerção, censura, torturas e a uma política econômica totalmente desigual.

Os ajustes econômicos realizados pelo governo ditatorial, entre os anos de 1965 a 1970 resultaram em uma ampla concentração de renda para alguns setores da sociedade. Esse processo de concentração de renda gerou uma grande desigualdade social no país, refletindo-se em diversos problemas sociais, com índices expressivos de miséria e pobreza. O cenário era de arrocho salarial, grande êxodo rural, agravamento de problemas urbanos, várias necessidades sociais não atendidas e uma grande demanda por políticas sociais (JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Em seguida, na busca pela legitimação social do governo, o regime ditatorial procurou implementar algumas políticas sociais na área de assistência social, saúde e política de previdência social, bem como organizou um quadro de profissionais para pensar a partir da ideologia do Estado. Ainda objetivando o apoio e sustentação social, a autocracia burguesa unificou os IAP's, assim, no ano de 1967 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sob a ótica de que os IAP's eram limitados e com a mobilização de algumas categorias profissionais o governo reuniu os 6 (seis) Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social em um só instituto (POLIGNANO, 2001).

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

De acordo Paim *et al.* (2011), as reformas do governo militar impulsionaram

ainda mais a expansão de serviços de saúde privados, pois além de abrir precedentes para isso, o governo aplicava recursos públicos em reformas e construções de serviços privados e subsidiava a oferta de assistência médica privada a partir de descontos no imposto de renda.

O período de ditadura militar por ter sido longo, passou por diversas transições dentro do quadro macroeconômico, socioeconômico e político, bem como apontou novos elementos para o sistema de saúde e também para os desafios impostos a mesma. O contexto macroeconômico e socioeconômico transitou desde a internacionalização da economia, até a penetração do capitalismo no campo e nos serviços, passando por um milagre econômico que resultou em desigualdades e problemas sociais (PAIM *et al.*, 2011).

A ditadura militar continha grande desigualdade social em seu âmago, e, no período do *boom* industrial, houve uma crise econômica que decorria da promessa de transformar o país em uma grande potência internacional, a qual culminou com a degradação da área social e com uma grande parcela da população na linha de pobreza extrema, demandando excessivamente por políticas sociais para o atendimento de suas necessidades, além de culminar, também, em políticas de restrição, censura, torturas e retirada dos direitos civis, políticos e sociais da população, levadas até sua derrocada; e, em um estágio em que se vivia um crítico quadro de doenças sofrido por grande parte da população brasileira (SCOREL, 1999).

A saúde enfrentava desafios, os quais estavam sob a predominância da morbidade moderna, existiam doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito, endemias rurais em um quadro de doenças infecciosas e parasitas, as quais predominavam nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste (PAIM *et al.*, 2011).

O regime autocrático burguês impôs um quadro à sociedade brasileira, o qual teve como resultado uma altíssima mortalidade infantil, endemias de meningite, grandes níveis de desnutrição, alta expansão de poliomielite, de hanseníase e tantas outras endemias. As características do modelo econômico brasileiro tiveram um processo de socialização de doenças, isso fez com que não houvesse mais endemias do tipo rural e urbanas, como se via anteriormente, visto que com o processo de urbanização e o grande crescimento industrial, surgiram questões

relacionadas à qualidade de vida urbana e às doenças ocupacionais e do trabalho em grande número (COHN, 2003).

O crescimento dos problemas sociais durante o período militar fez com que houvesse mudanças no sistema sanitário, o qual teve ênfase na assistência médica, com o aumento do setor de saúde privada e com abrangência do sistema previdenciário e outras parcelas da população, foi instalado no país um modelo que privilegiava o setor privado com atenção à saúde que visava uma prática curativa, individual, assistencialista e especializada, com a junção e articulação do Estado, das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares. Desta forma, criou-se um grande complexo médico industrial no país para a lucratividade no setor de saúde (BAPTISTA, 2007).

Diante do exposto, os gastos com a saúde por parte do Estado foram crescendo de forma elevada, com forte tendência para o atendimento hospitalar. A Política de Saúde ainda tinha um vínculo com o setor previdenciário, ofertando serviços apenas para aqueles que contribuíssem com esta política, assim, deixavam sem direito à saúde grande parte dos trabalhadores que não estavam inseridos no mercado de trabalho formal (BAPTISTA, 2007). Nesse contexto, ocorreu um movimento que afetou significativamente a Política de Saúde, o qual será enfatizado a seguir.

1.2.1 A Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil

Foi durante o período da ditadura militar no Brasil, com seus efeitos negativos para os diversos setores da sociedade, que houve a possibilidade de constituição das bases para o Movimento Sanitário e o Projeto de Reforma Sanitária brasileiro, mais precisamente no final dos anos de 1960 e início de 1970 (SCOREL, 1999).

Durante a década de 1970 um grande movimento social se fortaleceu no Brasil, o qual teve a participação de vários setores, como: sindicatos, partidos políticos de esquerda, movimentos de base, movimento estudantil e articulação de profissionais da saúde. Este movimento tinha como objetivo político e ideológico a luta pela Reforma Sanitária, defendendo a saúde não apenas como uma questão biológica a ser tratada pelas áreas biomédicas, mas também como uma questão de

cunho social e político, que deveria ser atendida de maneira ampla e qualitativa por serviços públicos (PAIM *et al.*, 2011).

Bravo e Matos (2009) ressaltam que no ano de 1970 o movimento iniciado pelos assistentes sociais com o objetivo de repensar a profissão no Brasil corre paralelamente com outro movimento ocorrido na área da saúde que também tinha cunho de mudança e luta por direitos, o Movimento Sanitário.

O Movimento Sanitário advém de cenário de questionamentos de estudantes e professores da área da saúde em relação à Política de Saúde brasileira, os serviços de saúde prestados e também a formação na área da saúde em um período de ditadura militar, que tinha grande desigualdade social (PAIM *et al.*, 2011).

As perspectivas do Projeto de Reforma Sanitária foram constituídas por meio das lutas travadas pelo Movimento Sanitário, as quais apontam a saúde como resultante de diversas condições, como: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Este foi um projeto resultante das correlações de forças existentes e da organização social, e também é fruto de lutas populares cotidianas apontando a saúde não como inacabada, mas sim como um processo de construção social (TEIXEIRA, 2011).

Entre os anos de 1979 a 1982, o Movimento Sanitário teve um grande espaço para construir e ampliar sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com demais movimentos pela democratização do país, bem como também conceberam de maneira mais precisa o projeto de saúde que defendiam. Devido ao momento governamental que reformulava a área da saúde por meio da ótica nacionalizadora para conter os custos da assistência médica e, conseqüentemente, expandindo os serviços de maneira menos centralizadora e dando brechas para a atuação do modelo médico-social com profissionais sanitaristas. Com isto, também, o Movimento Sanitário, a partir de 1983, com base estratégica conseguiu ocupar espaços institucionais do poder público na tentativa de redirecionamento da Política de Saúde (ESCOREL, 1999).

As pressões do Movimento da Reforma Sanitária na década de 1980 acarretaram em algumas mudanças relacionadas ao financiamento por parte do Estado, sendo elas no que se trata de programas sociais, coberturas em saúde e a universalização da mesma para o desenvolvimento de ações, as quais eram

integradas na área da saúde por todas as esferas do governo, que formulavam serviços por meio da Atenção Básica de Saúde. Frente ao exposto, houve um aumento nos debates sobre ter direito à saúde como também o acesso à habitação, à alimentação, ao trabalho, à educação e ao meio ambiente (BAPTISTA, 2007).

Na década de 1980 o descompasso que vinha se apresentando entre Serviço Social e o movimento mais amplo na área da saúde transformou-se progressivamente. Além disso, essa década representou para a profissão o início de um amadurecimento que culminou nas consonâncias posteriormente estabelecidas no plano acadêmico, e no das entidades representativas da categoria, tendo como base as interlocuções com a teoria e a metodologia marxista (BRAVO; MATOS, 2009).

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

Em 1985, com a Nova República, que não tinha mais diretamente o governo militar no poder, o Movimento Sanitário teve grande abrangência e espaço para a politização da área da saúde e, conseguiu constituir estrutura para que em 1986 fosse convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que tinha como alvo a construção de subsídios e elementos para debates que contribuiriam com a reformulação do Sistema Nacional de Saúde no processo da Constituinte, o qual formulou a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (ESCOREL, 1999).

Segundo Baptista (2007), com a decadência do governo militar e a transição democrática que o Brasil passava, é que o SUS foi aprovado por meio do processo da Constituinte a qual promulgou a Constituição Federal de 1988. A Constituição

Federal caracterizava naquele contexto o reconhecimento dos direitos sociais frente à crise que se passava e a grande desigualdade social que se vivia no país.

Para Escorel (1999), a VIII Conferência Nacional de Saúde⁶ definiu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, da mesma maneira que foi um elemento significativo para o processo de mudança do Sistema Nacional de Saúde em vigor, alcançando ainda em julho de 1987, a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), o qual apresentava uma proposta com visão na descentralização dos serviços de saúde, principalmente os municipais, e no enxugamento da máquina previdenciária, que era a maior responsável da época pela área da saúde, pois o SUDS, em 1988, depois de sua curta vigência com o texto da Constituição Federal de 1988, foi transformado por meio de grande luta por atores coletivos no Projeto de Reforma Sanitária, configurado como maior ganho para a área da saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente no Brasil o Sistema de Saúde é dividido em três subfatores entre o público, privado e de saúde suplementar, os quais fazem com que as pessoas possam se utilizar de todos eles de acordo com a facilidade de acesso e a forma de pagamento. O subsetor público possui serviços financiados e providos pelo Estado. O subsetor privado está incluso às instituições de fins lucrativos ou não e possuem serviços financiados de duas maneiras, com recursos públicos ou privados. E, por último, o subsetor de saúde suplementar é composto de vários planos privados de saúde, seguros, além de ter subsídios fiscais. Portanto, são os serviços de saúde de caráter privado que possuem mais expressividade no Brasil, atualmente (PAIM *et al.*, 2011).

De acordo com Bravo (2009), no atual cenário na área da saúde há dois projetos em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária, construído pelo Movimento Sanitário que lutava por uma reformulação no fazer saúde, como também lutava pela redemocratização do país e a conquista de direitos sociais; e o Projeto de Saúde articulado ao mercado, o qual possui modelo privatista, que passou a se tornar hegemônico na década de 1990 com a entrada da política neoliberal no país, e é desta forma se encontra até os dias atuais.

⁶ 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, 2011, p. 29).

Após esta breve esplanção da trajetória histórica da Política de Saúde no Brasil, a partir da década de 1920 à 1980, parte-se agora para esta contextualização na década de 1990, ressaltando a Atenção Básica de Saúde e a importância da Estratégia da Saúde da Família na renovação da Atenção Básica no Brasil.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1990

O Brasil nos anos de 1980, como apresentado no capítulo anterior, vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentando, ao mesmo tempo, uma profunda e prolongada crise econômica. De acordo com Bravo (2006), no período de transição democrática os trabalhadores não obtiveram ganhos materiais, devido ao pensamento conservador presente, mesmo após os anos de 1988.

Assim, neste segundo capítulo a proposta é perpassar a trajetória da Política de Saúde no Brasil, apresentando a contextualização a partir da década de 1990. Em um segundo momento será abordada a atenção básica em saúde, caracterizando a trajetória na saúde pública, e, na sequência será ressaltada a importância da estratégia da saúde da família na restauração da atenção básica no Brasil.

2.1 A Política de Saúde na década de 1990: projeto privatista e os rebatimentos na saúde

A datar da década de 1970, a onda econômica neoliberal começou a propagar-se pelo mundo, atingindo vários países e resultando em impactos estruturais em várias políticas, sendo elas econômicas e sociais, e, também impactando o *modus operandi*⁷ do mercado e do Estado (LAURELL, 1995).

O neoliberalismo, segundo Laurell (1995), é uma política de ajustes e transformações estruturais, tendo um projeto global de organização da sociedade, o qual visa a redefinição das relações entre as classes sociais. Deste modo, fundamenta-se na redução do Estado, bem como na redefinição do seu papel, com a perspectiva de garantir que o mercado seja a figura de maior protagonismo, sendo

⁷ *Modus operandi* (plural: *modi operandi*) é uma expressão em latim que significa "modo de operação". Utilizada para designar uma maneira de agir, operar ou executar uma atividade seguindo geralmente os mesmos procedimentos. Tratando esses procedimentos como se fossem códigos. Em administração de empresas, *modus operandi* designa a maneira de realizar determinada tarefa segundo um padrão pré-estabelecido que dita a forma esperada de como proceder nos seus processos, rotinas etc. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Modus_operandi. Acesso em: 17 maio 2019.

ele considerado o melhor mecanismo no que se refere aos recursos econômicos e também na satisfação dos indivíduos.

De acordo com Bravo e Matos (2012), desde a década de 1970 a saúde vinha enfrentando retrocessos e movimentos que, como consequência, foram constituindo importantes acontecimentos e conquistas no decorrer dos anos, conforme apresentado no capítulo anterior. Neste contexto é perceptível a existência de dois projetos antagônicos, sendo um constituído por uma restrita democracia, havendo a diminuição dos direitos sociais e políticos, e outro, consistindo de uma sociedade com ampla democracia e participação social.

No que tange às políticas sociais, estes dois projetos passaram a ter grande repercussão, pois foi fundamental para a construção do atual Sistema Único de Saúde (SUS). O Movimento da Reforma Sanitária possui seus valores pautados no princípio de democratização e contribuir para a defesa de um ideal em que o Estado tem por dever garantir à sociedade, tanto a democracia quanto a efetivação dos direitos civis, políticos e sociais, sendo este garantido após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Ao Estado caberia a criação de diretrizes para a universalização das ações, descentralização, democratização de acesso, controle social, melhoria da qualidade dos serviços prestados de acordo com o novo modelo de assistência, sendo ele pautado na integralidade e equidade das ações (BRAVO; MATOS, 2012).

É essencial ressaltar que nesse modelo democrático de gestão das políticas sociais “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).

O projeto privatista tem como premissa o ajuste neoliberal, ao contrário do Projeto de Reforma Sanitária, o primeiro está articulado ao mercado, o qual tem por principal característica a redução de gastos, racionando os serviços ofertados, na defesa de que o Estado apenas desenvolva ações focalistas. Nessa perspectiva neoliberal, cabe ao Estado somente a garantia do mínimo a quem não possui meios para pagar pelo serviço, e, aos cidadãos que tenham a capacidade de custear os serviços de saúde, devem recorrer ao setor privado. Nesse sentido, tem um atendimento em melhor escala aquele que possui condições financeiras e consegue

custear o serviço do que aqueles que são dependentes do Estado (BRAVO; MATOS, 2012).

Segundo Costa (2000), as reformas ocorridas no âmbito da saúde apresentavam como propostas: caráter focalista para atender somente a população em condição vulnerável, por meio de pacotes de serviços básicos de saúde; descentralização dos serviços locais e eliminação de fontes de financiamento; ampliação da privatização e estímulo ao seguro privado.

Partilhando do pensamento de Bravo (2001), na década de 1980 foram construídas propostas democráticas para a Política de Saúde pública, que foram sendo desconstruídas gradativamente, devido ao fortalecimento da orientação que vinculou a saúde ao mercado. Assim, esse atrelamento ao mercado afetou a população, pois, passou a assumir os custos em relação à saúde privatizada.

Sob a orientação neoliberal, a Política de Saúde obteve uma vertente de cunho economista, sendo inseridas mudanças oriundas de uma nova ordem econômica mundial. Dessa forma, “o Banco Mundial dedicou o seu tradicional Informe sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 ao tema Investir em Saúde” (ELIAS, 2003, p. 61). O relatório do Banco Mundial elaborado baseado no Informe, apresentou um panorama da saúde e pontos relacionados à assistência e à saúde, tendo como foco a organização e a divisão das ações, tanto do poder público, quanto do poder privado e o custo/benefício dos serviços prestados em relação ao nível de atenção (ELIAS, 2003).

Assim, 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).

Portanto, o informe ressalta que os países que estão em desenvolvimento e adotam um Sistema de Saúde na qual a partir da C.F/88 a saúde é

responsabilidade do Estado, a universalização da assistência básica à saúde, onde produz seus serviços de atenção básica, também faz parceria com Organizações Não Governamentais (ONG's). Assim, a atenção especializada, de nível secundário e terciário chamam atenção do setor privado por ter o envolvimento de tecnologia e ser visto como rentável.

De acordo com Laurell (1995), a força político-ideológica do neoliberalismo, a partir da crise econômica mundial gestada no final dos anos de 1970, assegura a reconstrução do mercado, a competição e o individualismo, visando à eliminação da intervenção do Estado na economia para que se tenha maior abertura para a privatização e desregulamentação das atividades econômicas, cabendo ao Estado apenas a responsabilidade de intervir com o intuito de garantir as ações mínimas para aliviar a pobreza e produzir os serviços que não podem ser ofertados por instituições privadas ou aqueles que elas não querem produzir, dado os parâmetros de lucratividade.

Contudo, o neoliberalismo possui por objetivo destruir as instituições públicas para estender os investimentos privados em todas as atividades que sejam economicamente rentáveis, bem como desregulamentar e flexibilizar as relações trabalhistas, visando tornar os trabalhadores polivalentes e os locais de trabalho sucateados, de modo que o trabalhador tenha condições de exercer diversas funções sob mínimas contribuições trabalhistas ou até mesmo terceirizadas (LAURELL,1995).

O neoliberalismo, de acordo com Laurell (1995), é uma política de ajustes e de transformações estruturais que possui um projeto global de organização da sociedade, tendo por finalidade a redefinição da relação entre as classes sociais. Sendo assim, não baseia-se apenas na redução do Estado, mas na redefinição do seu papel, com intuito de garantir que o mercado seja o ente de maior protagonismo, dado seu postulado “que o mercado é o melhor mecanismo dos recursos econômicos e da satisfação dos indivíduos” (LAURELL, 1995, p. 161).

O artigo 199 da Constituição Federal de 1988 demonstra a abertura que se teve para a área privada com este grande embate gestado:

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, 1988, p. 242).

Portanto, a Constituição Federal de 1988 compreende a saúde como um direito social e dever do Estado, prevendo a estruturação deste sistema como sendo de acesso de todos, ou seja, igualitário e universal.

Na década de 1990 o projeto neoliberal teve o seu acirramento e consolidação no Brasil. Na área da saúde teve um acirramento no debate entre o bloco dos grupos empresariais e o bloco do movimento que propôs a Reforma Sanitária, havendo resistência dos prestadores de serviços privados de saúde com inúmeros conflitos, pois eram contrários aos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, o projeto neoliberal impossibilitou a definição de algumas questões importantes como o financiamento e a regulação do setor privado, demonstrando que o texto constitucional, mesmo atendendo às diversas reivindicações do Projeto de Reforma Sanitária, atendia ainda aos interesses empresariais do setor de saúde (BAPTISTA, 2007).

Desse modo, 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 que fosse possível regulamentar as diretrizes previstas neste sistema, foram promulgadas as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, que formam a Lei Orgânica do SUS (ELIAS, 2003). A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

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

[...]

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

[...]

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017) (BRASIL, 1990, p. 1-4).

A Lei n.º 8.080 instituiu o SUS, o qual é formado por conjuntos de serviços e ações de saúde, prestados por instituições e órgãos públicos das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), sendo mantido pelo poder público. A referida Lei dispõe das condições para proteção, promoção e recuperação da saúde, e também condições do funcionamento e organização dos serviços que são prestados. Assim, pode-se dizer que a Lei dispõe sobre as competências e as atribuições das três esferas de governo; da organização, gestão e direção do SUS; da política de recursos humanos, da gestão financeira e recursos financeiros,

orçamento e planejamento; e também do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados que prestam assistência à saúde.

Já a Lei n.º 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990, 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.

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - A Conferência de Saúde; e

II - O Conselho de Saúde.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - Despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - Investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (BRASIL, 1990, p. 1-2).

A Lei n.º 8.142/90 é complementar à Lei n.º 8.080/90, a qual normatiza como deve acontecer as transferências de recursos financeiros entre os órgãos intergovernamentais e, principalmente, como deve acontecer a participação popular e o controle social no SUS. Por meio desta Lei fica garantida a participação da população por meio das Conferências de Saúde a cada quatro anos, sendo estas respectivamente nas esferas municipal, estadual e federal, onde a população tem a oportunidade de se reunir com os gestores, trabalhadores da saúde e prestadores privados de serviço para debater sobre os problemas de saúde da região e fazer planos e projetos para os próximos quatro anos. Assim, é estabelecido um grande avanço na gestão da saúde no país, pois passa a ser viabilizado à população um canal legítimo de participação e de controle social.

O Conselho de Saúde também é regulamentado por esta Lei, haja vista que

é um órgão permanente e deliberativo, que fiscaliza e orienta as ações das secretarias de saúde municipais e estaduais e do Ministério da Saúde, reunindo-se com periodicidade em horário apropriado para que a classe trabalhadora participe. Assim, a participação da população somente fica garantida após a Lei n.º 8.142/90, porém as Conferências de Saúde e o Conselho de Saúde não são as únicas formas de participação, tendo por exemplo as ouvidorias do SUS e as audiências públicas.

Todavia, a referência da Política de Saúde na década de 1990 ficou por conta das Leis de regulamentação do SUS, com a Lei n.º 8.080/90, “que disciplina a descentralização político-administrativa do SUS” e a Lei n.º 8.142/90, “que regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos” (ANDRADE *et al.*, 2000).

De acordo com Elias (2003), o ajuste econômico que acontece a partir da política neoliberal afeta o SUS, principalmente no que é referente ao seu funcionamento e estruturação. Assim, ao passo que se deveria ter um único Sistema de Saúde, tem-se 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 governos por compra de serviços de terceiros, para os grupos sociais de renda média para baixo, historicamente financiados por contribuições compulsórias à Previdência Social [...].
- b) prestação privada de serviços e seguro privado para os grupos de renda mais elevada e parcela dos trabalhadores urbanos das atividades industriais e de serviços pertencentes ao setor mais dinâmico da economia [...] (ELIAS, 2003, p. 70).

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

De acordo com o autor supracitado, o Estado é o grande financiador dos serviços de saúde, tanto no público quanto no privado. A organização do sistema ocorreu de modo que a atenção básica fique no setor público, e a de alta complexidade fique com o setor privado, por motivos claros, pois a atenção básica de saúde não proporciona alta lucratividade, tem seu foco na prevenção e não às práticas curativas; por outro lado, a alta complexidade exige a demanda de 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 possibilita o lucro advindo 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).

Assim, a saúde no Brasil é fortemente influenciada pela questão econômica, pois o Estado financia a saúde para obter lucros em prol do sistema capitalista gerando desigualdade social, exclusão e marginalização da população.

Neste contexto, com a reflexão de como passaram a ser delineados e estruturados os serviços de saúde no Brasil após a década de 1990, com destaque precípua para a Atenção Primária à Saúde (APS), faz-se importante neste trabalho refletir também sobre esta no Brasil, abordando como é entendida e executada.

2.2 A Atenção Básica em Saúde ao longo dos anos até a atualidade

Em 1948 foi criada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, entre os quais, destaca-se, o Direito Humano à Saúde e da proteção da vida. Entretanto, levou-se em torno de 40 (quarenta anos) até que esse processo fosse implantado no Brasil, que só passou a internalizar esses valores a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou, dos artigos 196 (cento e noventa e seis) a 200 (duzentos) o conceito amplo da saúde, bem como responsabilizou o Estado pela sua garantia e pela criação do Sistema Único de Saúde, processo motivado pela declaração Alma-Ata de 1978⁸, que ganhou aprovação no Brasil a

⁸ Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”. A Declaração de Alma Ata – documento síntese desse encontro – afirmava a partir de dez

partir do processo de redemocratização, na década de 1980, tendo como ponto principal a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a própria promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 2019).

O Sistema Único de Saúde (SUS), como já dito anteriormente, é previsto pela Constituição Federal (C.F/88) e pelas Leis ordinárias que o regulamentam, tais como a Lei Orgânica de Saúde, que possui princípios e diretrizes organizativas que se complementam e se vinculam para a conformação tanto das práticas de saúde quanto dos ideários de bem estar social e preceitos de sociedade, a qual a população brasileira tanto discutiu e contribuiu para sua construção. As diretrizes organizativas deste sistema são compostas pela descentralização, hierarquização, participação comunitária e regionalização, já os princípios são a universalidade, a integralidade e a equidade (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A diretriz de hierarquização está relacionada aos níveis de saúde para o acesso dos (as) usuários (as), visando à ordenação do sistema de saúde e também o estabelecimento dos fluxos assistenciais entre os serviços, tendo por objetivo regular um acesso mais flexível às necessidades. A diretriz de participação comunitária é assegurada pela C.F/88 e reforçada pela Lei n.º 8142/90, que visa a democracia participativa, uma vez que na Lei Orgânica da Saúde não foi previsto o conselho (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Contudo, Vasconcelos e Pasche (2006) afirmam que no início da democracia participativa os cidadãos começaram a participar de conferências e conselhos de saúde com intuito de pensar, avaliar, propor e também definir a execução da Política de Saúde pelos órgãos executivos.

A descentralização é uma diretriz ligada a oferta de serviços dos entes federativos tendo por ênfase a municipalização de gestão dos serviços e as ações

pontos que os cuidados primários de saúde precisavam ser desenvolvidos e aplicados em todo o mundo com urgência, particularmente nos países em desenvolvimento. Naquele momento, conforme defesa feita pela própria OMS, a saúde era entendida como “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Por conta dos 40 anos de Alma Ata, completados neste mês de setembro de 2018, o Portal EPSJV/Fiocruz ouviu o professor do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e coordenador da Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Luiz Augusto Facchini, que fez um balanço das quatro décadas do documento que foi um marco para o mundo. Nesta entrevista, Facchini fala ainda sobre a Conferência Global da OMS sobre Atenção Primária em Saúde, marcada para outubro em Astana, no Cazaquistão, quando será apresentada uma nova Declaração sobre Atenção Primária à Saúde, analisando até onde os princípios apresentados pelo documento se aproximam ou se distanciam do texto de 1978. Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios. Acesso em: 25 jul. de 2019.

de saúde, atribuindo aos municípios a obrigação (ou responsabilidade) de prestação direta da maioria dos serviços, sob a perspectiva de particularidades que cada localidade apresenta e da primordialidade de um gestor em cada esfera, para que as ações e serviços não fiquem imóveis (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A diretriz de regionalização está ligada à descentralização, tendo ligação com o repasse de recursos de forma mais racional, de acordo com a necessidade de cada região, pois possui por objetivo a distribuição de recursos no território baseado na distribuição da população, de modo a promover a integração das ações e das redes assistenciais (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Atualmente os desafios para a defesa da saúde possui dois pilares fundamentais. O primeiro pilar de desafios trata-se da resistência aos violentos ataques aos princípios e diretrizes do SUS, realizados por forças que buscam um ajuste social para esse direito aos moldes que são anteriores a 1988. O segundo pilar de desafios trata da formulação de políticas que consigam desenvolver o SUS na direção da superação de suas aberturas, que não são poucas (BRASIL, 2019).

Todavia, os desafios são amplos: o debate da saúde como direito, que considere a soberania nacional e os interesses do povo e da nossa nação, o qual é necessário transformar-se em soluções que permitam fazer que o direito à saúde seja realizado na perspectiva da garantia do acesso as ações e serviços de saúde. Por meio das representações dos (as) usuários (as), profissionais de saúde, gestores e dos prestadores, o Conselho Nacional de Saúde foi buscar na década de 1980 uma inspiração para que fosse possível ampliar sua contribuição na luta em defesa da vida e do direito à saúde e para construir um processo de resistência à onda de retrocessos que o país atravessa. Assim, a sociedade brasileira foi convocada para realizar a 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2019).

Para além do resgate histórico, 33 (trinta e três) anos após a realização da 8ª CNS, o controle social tem a centralidade de seus debates numa agenda muito aproximada daquela de 1986 e é por esta razão que o tema central e os eixos escolhidos para a 16ª CNS são os mesmos, logo, teve por tema central: Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS. Os Eixos temáticos foram I– Saúde como direito; II– Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde; e III– Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Entretanto,

diferentemente de 1986, a arquitetura institucional do Estado Democrático de Direito está registrada na Constituição brasileira e tem o caráter de inovação da participação social na saúde, ou seja, está reconhecido legalmente e no cotidiano do sistema de saúde (BRASIL, 2019).

Na conjuntura de retrocessos das políticas sociais, a 16ª CNS, sendo o maior evento de participação social no Brasil, tornou-se mais relevante, pois possui uma grande ação em defesa do SUS e da democracia (BRASIL, 2019).

O atual desafio ressaltado pela 16ª CNS é alcançar a contribuição de cada usuário, profissional de saúde, gestor e prestador, para que a gestão participativa, vestida da bandeira da Democracia e Saúde, possa ser uma poderosa guardiã da Constituição Federal na defesa do Direito Humano Fundamental à Saúde (BRASIL, 2019).

Defender o SUS traz consigo por significado a defesa de ações e serviços de saúde para a totalidade da população brasileira, sendo que mais de 75% desta população é dependente do SUS, ou seja, é a única opção de assistência à saúde. Assim, é preciso defender conquistas que são exemplos para o mundo: Sistema nacional de transplantes; Sistema de hemocentro; Resgate de emergências e atendimento pré-hospitalar em situações de acidentes; Tratamento da Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida- Aids); Distribuição de medicamentos para o controle de doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão e diabetes); Sistemas de vacinação capazes de imunizar milhões de brasileiros em apenas um final de semana; Produção nacional de vacinas para as doenças negligenciadas ou emergentes; Expansão do programa saúde da família e a melhoria dos indicadores de saúde (BRASIL, 2019).

Durante a abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o sanitarista Sérgio Arouca em seu discurso defendeu a ideia de que “Democracia é saúde”. Naquele momento o país vivia o período de redemocratização política e a Conferência criou a associação da Democracia com a Saúde, mobilizando a sociedade brasileira na defesa da ampliação do conceito sobre Saúde, elevando-a a condição de Direito. De acordo com Arouca (1989), conseguir a democracia era o “ponto de partida” para ter saúde, ou seja, “a saúde está diretamente relacionada ao conceito de democracia”.

[...] saúde não é simplesmente ausência de doença: é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo [...]. (BRASIL, 2019, p. 06).

A associação entre Democracia e Saúde abordada na 8ª Conferência, permitiu escrever um contrato social que reorganizou a estrutura do Estado, que declarou a saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado, por meio das políticas públicas, bem como declarou em seus artigos constitucionais um Estado defensor e promotor do bem-estar social, e os caminhos em direção à transformação do modelo de atenção e gestão de saúde no Brasil (BRASIL, 2019).

A luta pela saúde e pela democracia objetivamente, em um amplo processo de construção do Estado Democrático de Direito proporcionam avanços e conquistas, como os que se experimentaram nas três últimas décadas e resultam em aprimoramento e fortalecimento do SUS. Desta forma, diante das ameaças a direitos, da redução de investimentos, da retração das políticas públicas sociais, tanto o processo de construção do SUS está em xeque quanto a própria consolidação da democracia (BRASIL, 2019).

Foram, portanto, os enfrentamentos em um ambiente democrático que permitiram que as diferentes forças sociais majoritariamente sem ligações partidárias, vinculadas a um amplo leque de organizações da sociedade civil, como: organizações de usuários (as) representantes de patologias; organizações religiosas; profissionais de saúde; gestores e a população em situação de vulnerabilidade, conseguissem mesmo de forma reduzida importantes vitórias na defesa do SUS e da saúde como direito, como a Lei n.º 8.142/90, que deu materialidade ao princípio do SUS, da participação da comunidade na gestão da saúde, dando caráter legal às conferências e aos conselhos, sendo fundamental para os defensores dos avanços do SUS, permitindo que o caráter deliberativo da gestão participativa tivesse força de lei, consagrando o papel do controle social em

relação à saúde, permitindo a formulação, a fiscalização e a mobilização da sociedade (BRASIL, 2019).

Posto isto, compete ao SUS a execução de ações e serviços para realizar e cumprir com os preceitos estabelecidos legalmente. Vale ressaltar que o SUS tem por competência a oferta de serviços básicos de atenção à saúde para a população brasileira, de modo que esta é uma responsabilidade intransferível dos municípios, sendo constituída a partir das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família. As iniciativas locais possibilitam que os serviços e as ações sejam pertinentes com as necessidades de saúde apresentadas pela população (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia de organização do Sistema de Atenção a Saúde, é uma forma específica de apropriar todos os recursos do Sistema de Saúde para atender às necessidades e demandas da população. No SUS, a APS localiza-se no primeiro nível de cuidado, podendo ser considerada uma estratégia altamente resolutiva, pois tem a capacidade de coordenar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), planejando e definindo os cuidados a serem prestados pelos outros níveis de atenção, pois a APS é o nível mais próximo do cotidiano dos indivíduos e das famílias. Desta forma, a APS é uma estratégia de organização do Sistema de Saúde, funcionando como a porta de entrada para os outros serviços de saúde, baseando-se principalmente na integralidade, no trabalho em equipe, na continuidade de atenção, na atenção à família e à comunidade (MENDES, 2015).

Segundo Andrade *et al.* (2006), a APS pode ser conceituada como:

[...] o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e os problemas, fornece atenção à pessoa (não a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. É o tipo de atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a manutenção, promoção e melhora da saúde. Em resumo, pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e assentada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais. (ANDRADE *et al.* 2006, p. 786)

Assim, devido ao fato de a APS ser um dos níveis de atenção, no qual se

centraliza o crédito do setor público e, ser o nível de atenção em saúde mais próximo da maioria da população, por ser executado majoritariamente em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo estas conceituadas como “a porta de entrada do SUS”, cabe a reflexão de como se estrutura esta complexidade para que seja possível ter entendimento da forma como se dá a saúde pública brasileira neste âmbito.

A nomenclatura Atenção Básica em Saúde (ABS) no Brasil foi adotada pelo Ministério da Saúde para definir a APS. O conceito de ABS é historicamente construído em um cenário de lutas, que se baseia nos princípios da Reforma Sanitária. Ademais, dialoga com as especificidades do SUS, rompe com o enrijecimento de APS levados para os modelos de atenção, de modo a representar a história e a concepção deste sistema. E, ainda faz a articulação dos outros níveis de saúde e também dos sistemas de atenção à saúde, de forma que a atenção à saúde seja organizada baseada na integralidade, universalidade e equidade para instituir os serviços de saúde e prestar um atendimento à população de modo contínuo (FAUSTO; MATTA, 2007).

Ainda que neste trabalho seja adotado o conceito de Atenção Básica em Saúde para realizar as reflexões, faz-se indispensável resgatar também a trajetória histórica de conceito da Atenção Primária à Saúde, pois foi o conceito que se disseminou mundialmente para então resultar em ABS no Brasil, o qual será abordado no próximo item.

2.2.1 Trajetória Histórica da Atenção Primária à Saúde (APS) no Mundo

Em 1978 a Atenção Primária à Saúde foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o primeiro nível de contato de saúde para com a população, logo, considerada como principal enfoque dos sistemas nacionais de saúde para prestação de saúde à população. Em sua definição, aponta como:

A atenção essencial à saúde, baseada na tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando-se universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral de um sistema de saúde do país, do qual é função

central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo um primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p. 30-31).

No Reino Unido, em 1920 teve o surgimento da concepção de APS, sendo usada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson. Este relatório salientava a importância da reorganização e da hierarquização dos cuidados em saúde, além de conceber o modelo de atenção em saúde baseado em centros de saúde primários e secundários, serviços suplementares, serviços domiciliares e hospitais de ensino. Nessa linha de raciocínio, os centros de saúde primários e os serviços domiciliares possuíam por objetivo a organização de modo regionalizado, para que a maior parte dos problemas de saúde fosse solucionada por médicos generalistas e, quando o médico não pudesse resolver o que foi apresentado pela população com os recursos disponibilizados nesta área, deveria encaminhar os casos para os centros de atenção secundária para serem atendidos, onde encontram-se especialistas das diversas áreas, ou então encaminhar estes casos para os hospitais (FAUSTO; MATTA, 2007).

Fausto e Matta (2007) ressaltam que além de constituir-se referência para a organização do modelo de atenção inglês, o modelo de atenção em saúde possuía um elevado custo, sendo uma preocupação para as autoridades do país, devido à crescente complexidade da atenção médica e à sua baixa resolutividade. Portanto, este relatório se contrapôs ao modelo flexneriano americano para a saúde, projetado através do Relatório de Abraham Flexner, de caráter curativo, fundamentado no biologismo, mecanicismo, individualismo e especialismo, que consiste na referência para atendimentos de saúde de tipo americano, baseados em valorização mercadológica e tecnicista, que reforçam a separação entre o público e o privado, o individual e o coletivo.

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

O modelo flexneriano teve expansão significativa, com vistas a se adequar às práticas econômicas e sociais do capitalismo industrial. Após a primeira e segunda guerra mundial concretizou-se a

consolidação hegemônica desse modelo em grande parte do mundo ocidental, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

Neste contexto, Fausto e Matta (2007) ressaltam que este modelo de atenção em saúde, elaborado pelo governo inglês, influenciou as organizações dos sistemas de saúde do mundo, e, definiu duas características básicas da Atenção Primária à Saúde: a regionalização e a integralidade. A regionalização para que fosse possível se ter a organização dos serviços de saúde de forma a atender todas as regiões nacionais. Já a integralidade, de forma a buscar atender às pessoas em sua totalidade e fortalecer a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Seguindo com as contribuições dos autores mencionados, a nível mundial, o impacto desta concepção se deu pelos graus que a saúde alcançava e que estes traziam preocupação para os países desenvolvidos, devido aos elevados custos dos sistemas de saúde, baixa resolutividade e o uso indiscriminado de tecnologia médica, sendo que os sistemas de saúde dos países periféricos e em desenvolvimento eram envoltos por iniquidade, alta mortalidade infantil, falta de acesso a cuidados básicos de saúde, condições sociais, econômicas e sanitárias extremamente precárias (FAUSTO; MATTA, 2007).

Diante do exposto, o fortalecimento internacional da organização da Atenção Primária à Saúde veio para que fosse possível se pensar a prática médica e a medicina preventiva, levando assim cuidados próximos ao ambiente sociocultural dos indivíduos e de suas famílias, promovendo a prevenção e o controle do adoecimento, o que é economicamente mais viável do que ter que utilizar de altos serviços e tecnologias (FAUSTO; MATTA, 2007).

Na década de 1970 a APS foi indicada como a grande vantagem para a condução da Política de Saúde, por ser de baixo custo e ter possibilidades de resolutividade. Assim, em 1978 foi formulada Declaração de Alma-Ata devido a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância.

De modo conceitual, foi somente a partir desta Conferência que se buscou uma definição para APS, conforme a qual foi indicada anteriormente.

Essa Conferência sintetizou as discussões que se estabeleceram em torno das estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, a fim

de proporcionarem um nível de saúde melhor para todos, independente das diferentes origens sociais e econômicas, e apresentou propostas amplas de abordagem para a organização e redimensionamento dos recursos disponíveis, por meio dos cuidados primários de saúde. Foi também uma importante estratégia que marcou o início de um novo paradigma para a saúde coletiva, bem como o estabelecimento de uma nova plataforma política sanitária internacional (BRASIL, 2009, p. 177).

A Conferência de Alma-Ata apresentou os componentes fundamentais da APS, como educação em saúde, programa de saúde materno-infantil, saneamento ambiental, fornecimentos de medicamentos essenciais, prevenção de moléstias endêmicas locais, promoção de boa nutrição, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e medicina tradicional, fundamentando os conceitos a partir da prática de vigilância em saúde e do processo de produção social da saúde, sendo proposto como meta desta Conferência: “Saúde para todos no ano 2000”, visando à reconfiguração de todos os sistemas de saúde do mundo, a partir do panorama de contemplar as necessidades apresentadas pela população, tendo a saúde como um direito humano fundamental. Tal meta foi vista como objetivo de promoção e assistência à saúde para toda a população, além de apresentar o fortalecimento da APS como estratégia para ampliar os sistemas de saúde nacionais (BRASIL, 2009).

Nesta perspectiva, para Fausto e Matta (2007), a Atenção Primária à Saúde possui várias terminologias e interpretações nos diferentes sistemas de saúde do mundo, o que faz valer então é a necessidade de considerar os aspectos sociais, políticos, ideológicos e econômicos que respaldam as práticas em saúde e produzem assim inúmeras interpretações e abordagens de APS nestes diversos sistemas de saúde.

Diante do que foi ressaltado neste tópico, sobre como ocorreu a trajetória histórica da Atenção Primária à Saúde no mundo, julga-se importante salientar sobre a trajetória da APS no Brasil, sendo ela abordada no item a seguir.

2.2.2 Trajetória Histórica da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil

No Brasil a APS é compreendida como “o primeiro nível ou o momento em que se inicia o processo de atenção em um sistema de saúde” (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 48), além de ser compreendida como estratégia essencial para a

reorientação do SUS. De acordo com os respectivos autores, ao se falar em APS devemos considerar:

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

O termo Atenção Básica à Saúde foi apresentado na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS) 01/96⁹, a partir da Política Nacional de Saúde sob um panorama ideológico, fundamentado pelo Projeto de Reforma Brasileiro, estratégia e dispositivo para atenção integral à saúde vinculado ao sistema nacional de saúde.

Mendes (2015) ressalta:

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente. (MENDES, 2015, p. 23).

Baseado nas leituras dos autores que colaboram com as discussões acerca da Política de Saúde e que de modo científico auxiliaram para a construção deste trabalho, conseguiu-se compreender que no Brasil a APS aparece como um caminho para que acontecesse a unificação e a ampliação da atenção à saúde, de modo condizente com o Projeto de Reforma Sanitária e a construção do SUS.

Segundo Mendes (2015, p. 30), “a APS tem uma história singular no Brasil que pode ser registrada por ciclos de desenvolvimento”, os quais estão sendo apresentados neste trabalho.

⁹ A NOB/SUS 01/96 promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os Municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e Municípios. Os objetivos gerais da Norma Operacional Básica 01/96 foram: Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde; Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde; Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a Estados e Municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/a-norma-operacional-basica-01-96/38546> Acesso em: 17 maio 2019.

Para Mendes (2015, p. 30), “o primeiro ciclo teve início em 1924, com os Centros de Saúde que foram criados pela Universidade de São Paulo, a qual possivelmente tenha sofrido influência do pensamento dawsoniano inglês”, dado que a saúde passou a ser compreendida como necessidade de atuação mais efetiva por parte do Estado, devido ao crescimento do processo de industrialização no país e também das manifestações da questão social.

O segundo ciclo iniciou-se em 1940, tendo a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje denominado Fundação Nacional de Saúde, a qual compreendia o processo de saúde-doença como um fenômeno coletivo de saúde que sofre determinações dos indivíduos, sendo assim, faz-se fundamental a consciência sanitária da população, onde traz as diferenciações entre o campo da medicina e da saúde pública, sendo a primeira executada por meio da cura e em perspectiva clínica, já a segunda possuía a visão de educação sanitária e a organização administrativa dos serviços (MENDES, 2015).

Em meados dos anos 1960 ocorreu o terceiro ciclo, o qual houve o desenvolvimento nas Secretarias Estaduais de Saúde, preservando (conservando) o núcleo tecnológico original do SESP, onde inseriu principalmente a atenção médica direcionada ao grupo materno-infantil e para doenças infecciosas como hanseníase e tuberculose, por meio dos programas de saúde pública (MENDES, 2015).

O quarto ciclo se deu no ano de 1970, na cena internacional da proposta de APS, referendada pela Conferência de Alma-Ata em 1978. Inicialmente se desenvolveu como forma de programa de extensão de cobertura que começaram a partir de experiências-piloto em universidades e convergiram para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), iniciada no Nordeste em 1976, mas somente em 1979 teve abrangência nacional (MENDES, 2015).

No ano de 1980 teve o quinto ciclo, ao mesmo tempo que ocorria a crise da Previdência Social, a qual instituiu as Ações Integradas de Saúde (AIS), levando parte da cultura de atenção médica do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) para dentro do sistema público de saúde, especificamente nas APS (MENDES, 2015).

Em 1988 com a instituição do SUS era iniciado o sexto ciclo, que foi possível concretizar a municipalização das unidades de Atenção Primária à Saúde, que logo gerou ampla expansão dos cuidados primários, com a implantação do Programa

Saúde da Família (PSF). Nos anos de 1994 aconteceu o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS, denominando-se como ciclo da Atenção Básica à Saúde, vigente até os dias atuais. A datar deste momento é que se agregou à dimensão quantitativa da expansão da APS à dimensão qualitativa, logo, não era simplesmente fazer mais do mesmo, mas, fazer mais e com qualidade, sendo diferente do modelo de atenção primeira seletiva vigente ou medicina familiar. Tal ciclo sofreu com influências dos modelos de medicina da família e de comunidade, mas teve seus fundamentos originados da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), conforme Mendes (2015).

Assim, prosseguindo a discussão sobre Atenção Básica à Saúde, faz-se necessário refletir sobre a a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é situada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, a qual será abordada no item a seguir.

2.2.3 A importância da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na reestruturação da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil

A Atenção Básica à Saúde no Brasil tem sua história marcada pelo desenvolvimento em ciclos, os quais foram apresentados no item anterior, sendo que no sexto e sétimo ciclo foram considerados singulares para o início da reflexão sobre a Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A ESF possui suas bases fundamentadas no Programa Saúde da Família (PSF), o qual surgiu em 1994 como uma nova estratégia de atenção à saúde e também de reorientação do modelo de assistência à saúde. Todavia, o PSF teve sua constituição com base no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual tinha por finalidade cooperar com a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Nordeste e Norte, ofertando serviços de saúde para as áreas consideradas mais pobres (ROSA; LABATE, 2005).

A partir do êxito trazido pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde sob a necessidade de se ampliar este programa, como também o desenvolvimento de ações de promoção, recuperação da saúde e proteção. Assim, as experiências da saúde da família em países como Cuba, Inglaterra, Canadá e Suécia foram uma referência para a elaboração do

programa brasileiro. Para elucidar este ponto, Brasil (2009) apresenta de forma de fácil compreensão como o PSF foi estabelecido em nosso país:

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

A introdução do PSF acarretou diversos resultados, como o aumento da cobertura de alimento materno/vacinal e a redução da mortalidade infantil. O PACS aos poucos foi sendo substituído pelo PSF que foi se multiplicando, sendo que inicialmente eram 12 (doze) equipes e depois passou a ter 29.300 (vinte e nove mil e trezentos) equipes em 5.235 (cinco mil duzentos e trinta e cinco) municípios do país, em 2008.

Conforme destaca Rosa e Labate (2005):

O PSF tem como objetivo geral: contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (ROSA; LABATE, 2005, p. 1030-1031).

O crescimento do PSF foi crucial para compreender que havia a necessidade de promoção e aprimoramento da Atenção Básica de Saúde no Brasil, desta forma, o programa foi consolidado como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e, assim, transformado em Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, é possível compreender que a ESF tem sua atenção centrada na família e na comunidade, o que pode proporcionar que as equipes de saúde da família possuam uma compreensão ampla do processo saúde-doença da população, assim como suas necessidades, sendo indispensável entender e perceber a família em seu ambiente físico e social (ROSA; LABATE, 2005).

De acordo com Rosa e Labate (2005, p.1030), 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”. Ademais, visa o atendimento continuado e integral do indivíduo e de sua família, de forma que seja possível desenvolver ações que alcancem a promoção, a recuperação da saúde e a proteção, ou seja, organizando a prática profissional que passa a ter como enfoque a família, o ambiente social e físico no qual ela se encontra. Esta perspectiva deve interpretar-se, assim, em “serviços de saúde mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados.” (ROSA; LABATE, 2005, p. 1030).

Neste sentido, é fundamental que as equipes de saúde da família realizem intervenções para além das práticas curativas, sendo necessário que se respaldem em práticas ancoradas na intersetorialidade, na participação popular e na interdisciplinaridade, visando atingir a integralidade, o qual é um dos princípios do SUS que pressupõe prevenção e promoção na assistência e na recuperação da saúde.

Por este viés da ESF e da integralidade que se entende a produção social da saúde e afirma a necessidade de novos conhecimentos e novas práticas sociais de saúde. Assim, torna-se fundamental salientar que no Brasil tem-se uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que considera:

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

Neste sentido, a PNAB (2012) aponta que a justificativa para a reformulação desta política para consolidação da Estratégia Saúde da Família são diretrizes

estabelecidas para as ações que seguem direcionadas à atenção primária à Saúde e caracteriza a atenção básica como:

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

Assim, afirma-se que a Atenção Básica de Saúde é formada por um conjunto de ações em saúde, sendo estas realizadas tanto no individual quanto no coletivo, alcançando um trabalho de prevenção e promoção de acordo com o território, sendo este desenvolvido de forma integral que impacta diretamente na saúde das famílias.

O Ministério da Saúde em 2006 criou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da portaria GM/MS n.º 648, ela possuía fundamento devido à expansão do PSF, que se consolidou como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil, dado a transformação do PSF em uma estratégia de dimensão nacional com necessidade de adaptação de suas normas e a necessidade de revisão e adaptação das normas nacionais ao desenvolvimento apresentado pela Atenção Básica no Brasil, sendo assim, o objetivo a ser atingido por tal política seria a revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes para a Atenção Básica (BRASIL, 2006).

No ano de 2011, por meio do desenvolvimento da Atenção Básica de Saúde no Brasil e a necessidade de novas estruturas, foi aprovada uma nova Política Nacional de Atenção Básica, por intermédio da Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro do respectivo ano, com finalidade de reestabelecer as normas e diretrizes para a organização da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2012).

No entanto, considerando o desenvolvimento da atenção básica no Brasil e a necessidade de novas estruturas, em 2011 foi aprovada uma nova Política Nacional de Atenção Básica. Esta foi anuída pela Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, com o objetivo de reestabelecer as normas e as diretrizes para a

organização da atenção básica no Brasil, como informa o *site* da Diretoria de Atenção Básica em sua explicação sobre a PNAB:

A PNAB/2011 atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (ESF), houve a inclusão de Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas. [...] A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE) e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de quatro mil polos da Academia da Saúde até 2014. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar. O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da AB e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada. (BRASIL, 2012, p. 10-11).

Em conformidade com a apresentação PNAB/2011, em seu caderno, a aprovação desta política aconteceu por meio de uma longa luta, como resultado de experiência acumulada de inúmeros atores que historicamente estiveram envolvidos com o desenvolvimento e consolidação do SUS. De tal modo, a atenção básica é vista pela PNAB como a complexidade mais importante da saúde, por ter a capacidade de estar mais próxima da população. Portanto, esta política reconhece que é fundamental a atenção básica nortear-se pelos princípios da integralidade da atenção, participação social, universalidade, acessibilidade, humanização, equidade, vínculo e continuidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Decorrente do panorama da atenção básica em saúde, a nova PNAB aponta que a execução das ações de atenção básicas nos municípios é imprescindível que se tenha Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais atendam as normas sanitárias, cadastradas no sistemas de cadastro nacional vigente e que disponibilizem intraestrutura e equipes mínimas (BRASIL, 2012).

Assim, como infraestrutura mínima, segundo a PNAB (2012), recomenda-se que sejam disponibilizados:

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; 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, preconiza:

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).

Por meio de análise da PNAB (2012), em relação às equipes, afirma-se que esta política prevê equipes mínimas para que seja possível acontecer o funcionamento de uma UBS, pois reconhece que o processo de saúde/doença é um processo social e compreende a definição de saúde proposta pelo SUS, assim, justifica que o processo de saúde é construído por relações de trabalho, políticas, sociais e culturais, bem como por relações do homem com a natureza através do meio ambiente, do território que se insere e do espaço geográfico, em tempo histórico.

Desta forma, reconhece que na Atenção Básica de Saúde deve ter não apenas a equipe mínima, mas contar com outros profissionais, tais como: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, os quais devem atuar de forma a contribuir com a integralidade do cuidado aos (as) usuários (as) do SUS, por meio da prevenção e promoção da saúde.

A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, e, após um mês, tornou-se oficialmente pública. Uma das características marcantes da PNAB/2017 é a explicitação de possibilidades para a organização e implementação da Atenção Básica, traduzindo-se em uma pressuposta flexibilidade, a qual se fundamenta em atender necessidades específicas de cada região (MOROSINI *et al.*, 2018).

A publicação da PNAB ocorreu em setembro de 2017, a qual proporcionou a crítica de organizações que são historicamente ligadas à defesa do SUS, sendo elas: a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), o Centro Brasileiro de Estudos e de Saúde (CEBES), e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Em nota, as três instituições denunciaram entre outras coisas, a revogação da prioridade dada ao Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS, tendo a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de diminuição do financiamento da saúde (MOROSINI *et al.*, 2018).

Com essa reformulação a PNAB 2017 ressalta que a Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde, sendo ela individual, familiar e coletiva, as quais envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, que são desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida a população em território definido, onde as equipes assumem suas responsabilidades sanitárias (BRASIL, 2017).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2017), os princípios norteadores da PNAB/2017, são: universalidade, equidade e integralidade. Já as diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Portanto, a nova PNAB traz uma proposta de flexibilidade, pois tem em sua construção a implantação e organização dos atendimentos de acordo com a região na qual será implantada. A PNAB/2017 também afirma que a Atenção Básica é composta por um conjunto de ações que não vê apenas o individual e sim o coletivo, pois são ações voltadas para o indivíduo, a família e o coletivo, visando a promoção, a prevenção, redução de danos e outros serviços, ofertados com uma prática de cuidado integral e por meio de uma gestão qualificada, sendo executada por equipe multidisciplinar que terá seu território definido.

O aumento da Saúde da Família nos últimos anos tornou-se uma das principais estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. Apesar de ainda estar apresentando implementação, melhoramento, ampliação e qualificação, a ESF já conta com avanços significativos, dentre eles o modelo de

cuidado centrado em pessoas, aumentando a integralidade e o custo-efetividade; atenção longitudinal por uma mesma equipe de profissionais cuidando das pessoas, inseridas em seus territórios e construindo suas comunidades, em diferentes momentos de seus ciclos de vida, sem restrições por conta de etnia, orientação sexual, identidade de gênero ou estrato social, o que determina melhores indicadores sócios-epidemiológicos; a atenção básica como porta de entrada mais coerente e adequada ao sistema; aumento da resolutividade de ações; afirmação da atenção básica como melhor cenário para formação de profissionais orientados para atuarem na lógica de um Sistema de Proteção Social (BRASIL, 2019).

Nestes anos de implementação a ESF alcançou melhoria de indicadores da cobertura vacinal, redução da desnutrição, da morbimortalidade infantil e mortalidade materna, melhoria do acesso aos serviços odontológicos, redução das internações desnecessárias, acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Educação Popular em Saúde, redução do número de mortes por causas evitáveis, ampliação do acesso a medicamentos pelo Programa Farmácia Popular, entre outros (BRASIL, 2019). Contudo, tais avanços supracitados aconteceram por medidas como: Criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); Ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde; Criação do Programa Brasil Sorridente; Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); criação do Programa Mais Médicos, ampliando a cobertura territorial com a presença do profissional de saúde e, conseqüentemente, o aumento quantitativo e qualitativo da população atendida (BRASIL,2019).

Torna-se necessário relacionar a melhoria dos indicadores de saúde ao aumento da cobertura da Atenção Básica nos últimos anos, saindo de 31,8% em 2002, para 62,4% em 2014. Atualmente, 5.460 (cinco mil quatrocentos e sessenta) municípios possuem Estratégia de Saúde da Família, e mais de 121 (cento e vinte e um) milhões de pessoas, ou seja, mais de 2/3 da população estão sendo beneficiadas pela ESF, onde a Saúde da Família atinge a mais de 112 (cento e doze) milhões de habitantes, ou seja, mais da metade da população brasileira (56%) ao ano (BRASIL, 2019).

3. O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES À 22ª REGIONAL SAÚDE DE IVAIPORÃ-PR

Neste capítulo buscou-se compreender a inserção do Serviço Social na Atenção Básica de Saúde nos municípios pertencentes à SESA – 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR, a qual possui 16 (dezesesseis) profissionais, sendo 1 (um) de cada município, e, 7 (sete) destes se dispuseram a participar da pesquisa. Registra-se que para obtenção de dados foram enviados questionários via *email*.

A saúde é a área que mais contratou o profissional de Serviço Social no Brasil, a partir da década de 1940, como já citado no início deste trabalho. A partir do Movimento de Reforma Sanitária, com a Constituição Federal de 1988 e a criação da Lei Orgânica da Saúde, apontou-se para um novo modelo de assistência à saúde, no qual se volta para promoção e para a superação do modelo centrado na doença e nas ações curativas. Será nesta premissa que o (a) assistente social passará a ter maior importância na área da saúde, sendo chamado principalmente para compor equipes de trabalho multiprofissionais (IAMAMOTO, 2009).

Essas inovações que exigiram a intervenção de um profissional capacitado para atuar nas múltiplas expressões da questão social originadas nas relações sociais que afetam a saúde, desafiaram o (a) assistente social para uma prática comprometida com as camadas populares e influenciaram sua contratação como um dos promotores na consolidação do SUS, de seus princípios e na articulação da saúde com as demais políticas públicas (IAMAMOTO, 2009).

Para melhor entendimento do desenvolvimento desta pesquisa, serão apresentadas as etapas procedimentais, apontando a pesquisa qualitativa na leitura do objeto; Instrumentos de coleta de dados; Critérios de seleção das instituições; Critérios de seleção e caracterização dos sujeitos; Análises dos dados; e, por fim, será ressaltado sobre o (a) assistente social na Política de Saúde e sua inserção nesta política.

Neste terceiro capítulo será exposta a pesquisa de campo, sendo aplicado questionário, que está estruturado por questões do tipo abertas, fechadas, e de múltipla escolha.

3.1 A Pesquisa Qualitativa na leitura do objeto

Para o desenvolvimento deste trabalho optou-se pela pesquisa qualitativa, que, de acordo com Minayo (2009), a pesquisa qualitativa como metodologia, procura ir além dos dados numéricos e possui o objetivo de conhecer uma realidade social por meio das relações sociais. O método qualitativo busca descrever, desvendar, explicar e compreender, logo, não são dados quantificáveis.

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 trabalham com o universo dos significados, dos motivos, das inspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, entre outros (MINAYO, 2009, p. 21).

Gil (1989) ressalta que a utilização da pesquisa qualitativa possibilitará ao pesquisador obter resultados mais profundos relacionados ao objeto de pesquisa, tendo em vista manter contato direto com a situação pesquisada para melhor compreensão, no entanto, a aproximação do objeto estudado deve ocorrer com respeito à pluralidade e à diversidade.

De acordo com Gil (1989), quando o pesquisador realiza uma pesquisa qualitativa ele terá resultados mais profundos do seu objeto de pesquisa, com isso o mesmo fará um contato direto com as situações para melhor compreender a realidade estudada.

Ainda segundo Gil (1989), a pesquisa social é um processo que utiliza a metodologia científica para alcançar novos conhecimentos, minucioso e sistemático da realidade social. Tem como objetivo apresentar respostas dos problemas no qual se aplica os procedimentos científicos, sendo ela utilizada na pesquisa que ora se apresenta.

3.2. Etapas Procedimentais

Ao explicitar as etapas procedimentais deste estudo é preciso salientar que a pesquisa pura consiste na busca do avanço da ciência, desenvolvimento dos conhecimentos científicos formalizados, tendo por objetivo a generalização. Já a

pesquisa aplicada depende da pesquisa pura, pois está relacionada às descobertas e enriquecimentos com o desenvolvimento do estudo (GIL, 2002).

Assim, inicia-se 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 das pesquisadoras no campo empírico e a análise do conteúdo obtido.

Vale ressaltar que a pesquisa científica demanda que seja formulado etapas procedimentais, as quais devem contribuir no conhecimento do objeto de estudo e alcançar os objetivos propostos. Desta forma, a primeira etapa corresponde ao instrumento de coleta de dados, que será destacado a seguir.

3.2.1 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados é uma etapa considerada fundamental no desenvolvimento da pesquisa, pois proporciona a proximidade do pesquisador com o seu objeto de estudo. Portanto, é exigido do pesquisador a utilização de instrumentos para que possa obter os objetivos propostos (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

Para a coleta de dados utilizou-se de questionário que, como técnica de investigação, é composto por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado, entre outros (GIL, 2008).

Os questionários, na maioria das vezes, são propostos por escrito aos respondentes. Costumam, nesse caso, ser designados como questionários auto aplicados. Quando, porém, as questões são formuladas oralmente pelo pesquisador, podem ser designados como questionários aplicados com entrevista ou formulários. Construir um questionário consiste basicamente em traduzir objetivos da pesquisa em questões específicas. As respostas a essas questões é que proporcionarão os dados requeridos para descrever as características da população pesquisada ou testar as hipóteses que foram construídas durante o planejamento da pesquisa (GIL, 2008).

Assim, Gil (2008) ressalta que a construção de um questionário precisa ser reconhecida como um procedimento técnico cuja elaboração requer uma série de cuidados, tais como: constatação de sua eficácia para verificação dos objetivos; determinação da forma e do conteúdo das questões; quantidade e ordenação das questões; construção das alternativas; apresentação do questionário e pré-teste do mesmo.

Em relação à forma, podem ser definidos em questões fechadas, abertas, de múltipla escolha e relacionadas. Nas questões abertas, solicita-se aos respondentes para que ofereçam suas próprias respostas. As questões relacionadas são aquelas dependentes da resposta dada a outra questão. Já nas questões fechadas, pede-se aos respondentes para que escolham uma alternativa dentre as que são apresentadas em uma lista. Estas últimas, são as mais comumente utilizadas, porque conferem maior uniformidade às respostas e podem ser facilmente processadas (GIL, 2008).

Contudo, para a obtenção de dados para esta pesquisa, utilizou-se de questionário estruturado por questões do tipo abertas, fechadas e, de múltipla escolha, o qual foi enviado para os (as) assistentes sociais por meio do *email*. Diante disso, para dar início a pesquisa foi aplicado um pré-teste com duas assistentes sociais na segunda quinzena de maio de 2019, objetivando que as mesmas pudessem avaliar e mencionar ajustes necessários para o aprimoramento do questionário, sendo que somente uma delas sugeriu alterações, as quais foram acatadas.

3.2.2 Critérios de seleção das instituições

No que se refere às instituições selecionadas para a pesquisa, estas são formadas pelas Secretarias de Saúde dos municípios que compõem a Secretaria de Estado da Saúde - SESA 22^a Regional de Saúde de Ivaiporã-PR, tendo em vista que é um órgão público que abrange 16 (dezesesseis) municípios. Para tanto, as pesquisadoras buscaram informações na SESA - 22^a Regional de Saúde, primeiramente com a assistente social que atua neste espaço, a qual disponibilizou dados sobre os (as) assistentes sociais que trabalham na Política de Saúde nos municípios que compõem o universo da pesquisa.

A partir dos dados disponibilizados pela 22ª Regional de Saúde, as pesquisadoras identificaram que em todos os municípios há atendimento de assistentes sociais na Política de Saúde, sendo que em 7 (sete) deles há uma assistente social específica para tal política.

3.2.3 Critérios de seleção e caracterização dos sujeitos

Para o estudo foram selecionadas (os) 16 (dezesesseis) assistentes sociais que atuam nos municípios que compõem a SESA - 22ª Regional de Saúde, para possibilitar uma aproximação com um campo de atuação do (a) assistente social e também expandir o conhecimento sobre o Serviço Social na Atenção Básica de Saúde, possibilitando compreender a importância do (a) assistente social, isto por meio das devolutivas dos (as) respectivos assistentes sociais.

3.3 Análises dos dados

Para a análise dos dados da pesquisa adotou-se a técnica de análise de conteúdo. Essa técnica pode destacar duas funções em sua aplicação, sendo que uma se refere à verificação de hipóteses ou questões, ou seja, por meio da análise de conteúdo podem-se encontrar respostas para as questões formuladas e também é possível confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação e hipóteses. A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. As duas funções podem, na prática, se complementar e podem ser aplicadas a partir de princípios da pesquisa quantitativa ou da qualitativa (MINAYO, 2001).

A análise de conteúdo pode também ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados (BARDIN, 2006).

Como afirma Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Diante do exposto, acredita-se que a

técnica de análise de conteúdo seja a mais viável para a pesquisa que ora se apresenta.

3.4 Reflexões referentes ao trabalho do assistente social

O (a) assistente social atua em diversas políticas sociais, sendo contratado pelo Estado para planejar, executar, monitorar e também avaliar as ações. Assim, o Serviço Social é uma profissão requisitada pelo Estado e suas demais instâncias para atender as necessidades sociais, por meio das políticas sociais, sendo estas decorrentes das expressões da "questão social" ¹⁰. Para a identificação dessas necessidades, tem-se como referência: o reconhecimento das expressões da "questão social"; a análise da realidade social; a identificação das demandas de atendimento e, a atuação calcada na perspectiva dos direitos (TORRES *et al.*, 2015).

O (a) assistente social atua nas contradições que são inerentes a constituição da sociedade capitalista e, ao mesmo tempo em que responde aos interesses do empregador, interpreta o campo ocupacional no qual se insere como trabalhador assalariado. Assim, por meio de um conjunto de saberes decorrentes do seu processo formativo, constrói respostas profissionais direcionadas para as demandas apresentadas pela população usuária, bem como aquelas propostas pelo empregador. Neste sentido, o exercício profissional é construído a partir do entendimento que o profissional tem das dimensões que são constitutivas do seu fazer profissional – interventiva ético-política; analítica e investigativa (TORRES *et al.*, 2015).

O Serviço Social é responsável por fazer uma abordagem inicial, para tal, faz-se necessário utilizar de suas competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas, conforme explicitado abaixo:

Competência ético-política – o Assistente Social não é um profissional “neutro”. Sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista – relações essas que são contraditórias. Assim, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática. Isso implica em assumir valores ético-morais

¹⁰ Para Netto (2001, p. 45), "o desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a 'questão social'. [...] A 'questão social' é constitutiva do desenvolvimento capitalista. Não se suprime a primeira conservando-se o segundo."

que sustentam a sua prática – valores esses que estão expressos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Resolução CFAS n.º 273/93), e que assumem claramente uma postura profissional de articular sua intervenção aos interesses dos setores majoritários da sociedade;

Competência teórico-metodológica – o profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual trabalha. Para isso, faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico, que lhe permita enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais;

Competência técnico-operativa – o profissional deve conhecer, se apropriar, e sobretudo, criar um conjunto de habilidades técnicas que permitam ao mesmo desenvolver as ações profissionais junto à população usuária e às instituições contratantes (Estado, empresas, Organizações Não-governamentais, fundações, autarquias etc.), garantindo assim uma inserção qualificada no mercado de trabalho, que responda às demandas colocadas tanto pelos empregadores, quanto pelos objetivos estabelecidos pelos profissionais e pela dinâmica da realidade social. (IAMAMOTO apud SOUSA, 2008, p. 121-122).

Assim, por meio da utilização de tais competências é que o (a) assistente social busca fundamentar suas ações sempre de forma articulada.

O (a) assistente social ao atuar na prestação dos serviços sociais que estão vinculados às diversas políticas sociais, se insere na esfera das atividades que não possuem vínculo direto com a produção material, pois participam de atividades que estão na esfera da regulação das relações sociais. Isto pode ser posto na medida em que se observa a participação dos (as) assistentes sociais na criação de condições necessárias ao processo de reprodução social, por meio de ações que tanto incidem sobre as condições de vida dos trabalhadores (saúde, alimentação, educação, habitação, lazer, dentre outros), quanto produzem efeitos ideológicos que reforçam ou não a aceitação das condições de compra e venda da força de trabalho (TRINDADE, 2002).

Trata-se, portanto, de atividades que oferecem bens e recursos complementares à sobrevivência dos trabalhadores e que atendem às necessidades de normatização e controle dos comportamentos sociais. Sendo assim, o Serviço Social ocupa seu espaço na divisão social e técnica do trabalho, ao lado de outras profissões, participando da tarefa de implementação de condições necessárias ao

processo de reprodução social. Especialmente a partir do capitalismo monopolista¹¹, quando se desenvolvem diversas iniciativas de intervenção social que procuram enfrentar as expressões da questão social. Para a consecução dessas práticas sociais é necessária a participação de alguns profissionais, dentre eles o(a) assistente social, na implementação de políticas sociais, seja no planejamento ou na execução direta junto à população (TRINDADE, 2002).

Para a efetivação de sua ação, os profissionais acionam um instrumental técnico operativo que constitui um conjunto de instrumentos e técnicas diferente daquele utilizado na esfera da produção material, cuja base é a transformação de objetos materiais. Vale ressaltar que não se trata de desconsiderar que o processo de produção e reprodução social se constitui não somente como um processo de produção material, visto que envolve a reprodução das forças produtivas e das relações de produção, sendo, portanto, reprodução material e reprodução das formas de relação entre os homens (TRINDADE, 2002).

Dessa maneira, é possível reafirmar a compreensão de que o processo de produção voltado à satisfação das diversas necessidades humanas, envolve tanto as atividades diretamente vinculadas à produção de bens materiais, quanto àquelas voltadas à regulação das relações sociais, ambas, progressivamente articuladas, devido à diversificação e complexificação das necessidades sociais (TRINDADE, 2002).

Trindade (2002) afirma que o Serviço Social é uma profissão participante das variadas formas de intervenção social, voltadas para a regulação das relações sociais, logo, para o tratamento do instrumental técnico-operativo do Serviço Social é necessário delimitar as particularidades do instrumental nos processos de reprodução material e nos processos de reprodução ideológica dos homens.

Do processo de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção faz parte o aprimoramento dos meios de produção, adaptados à sofisticação das necessidades vinculadas à reprodução material e social dos homens. Nesse sentido, os instrumentos, como parte dos meios de produção,

¹¹ Capitalismo financeiro, também chamado de capitalismo monopolista, corresponde a um tipo de economia em que o grande comércio e a grande indústria são controlados pelo poderio econômico dos bancos comerciais e outras instituições financeiras. Disponível em: <https://www.significados.com.br/capitalismo-financeiro/>. Acesso em 25 jul. 2019.

também se aprimoram, o que possibilita o desenvolvimento daquilo que passou a ser chamado de técnica (TRINDADE, 2002).

O conceito de técnica está marcado por uma complexidade e uma amplitude que podem ser verificadas na diversidade de conceituações e classificações a ele atribuído. Aqui, utilizou-se a técnica associada aos instrumentos, enquanto estes são compreendidos como elementos mediadores e potencializadores do trabalho. Assim, a técnica pode ser definida no sentido de ser a “habilidade humana de fabricar, construir e utilizar instrumentos.” (VARGAS, 1994, p. 15). Desta forma, pode ser tomada então como uma qualidade atribuída ao instrumento para que ele se torne o mais utilizável possível, em sintonia com a realidade do objeto de trabalho (TRINDADE, 2002).

3.4.1 A inserção de assistentes sociais na Política de Saúde

A inserção de assistentes sociais na política da saúde se deu a partir da consolidação da Política Nacional de Saúde no país no período de 1945 a 1950, com a ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social, a qual gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter seletivo, pois esta assistência não era universal (BRAVO, 2006).

Assim, o (a) assistente social é chamado para atuar em hospitais, servindo de mediador entre a instituição e a população, com a finalidade de viabilizar o acesso desta aos serviços e benefícios. Estas ações eram: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. O Serviço Social Médico, como era denominado, atuava com o Serviço Social de Casos, onde a participação só era visualizada no individual, em prol da adaptação do “cliente” ao tratamento (BRAVO, 2006). Assim sendo, após a década de 1960 algumas transformações começaram a ocorrer na profissão, como questionamentos em relação aos rumos do Serviço Social brasileiro, o que ainda era considerado incipiente. Debates começaram a se firmar na discussão e críticas sobre o conservadorismo, contudo, no golpe militar de 1964, esse processo foi interrompido (BRAVO, 2006).

Bravo (2006) afirma que a modernização conservadora que se implantou no país exigiu a renovação do Serviço Social frente às novas estratégias de controle e

repressão efetivadas pelo Estado e, principalmente, pelo capital, bem como para o atendimento de novas demandas. A modernização que se operou no âmbito das políticas sociais também influenciou o Serviço Social na saúde e sua ação foi sedimentada principalmente na assistência médica previdenciária.

Somente na década de 1980, devido a um movimento na saúde coletiva e que também interferiu no Serviço Social, houve uma ampliação do debate teórico, juntamente com um movimento de ruptura com a Política de Saúde vigente e a construção da reforma sanitária, em um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social tradicional, que conseqüentemente não foi realizado em nexos diretos com outros debates, que também buscavam práticas democráticas (BRAVO, 2006).

Segundo Correia (2005), ao longo da história da Política de Saúde a intervenção dos assistentes sociais refletiu seu processo de amadurecimento teórico-metodológico, passando desde a perspectiva modernizadora até a vertente da intenção de ruptura, que passou a direcionar a renovação do Serviço Social. Mesmo reconhecendo que, de imediato, a perspectiva da intenção de ruptura não influenciou significativamente o Serviço Social na área da saúde, visto que os profissionais majoritariamente não se engajaram no Movimento Sanitário, foi possível identificar a sensibilização de assistentes sociais para o campo da saúde coletiva.

A regulamentação do SUS, em 1990, pelas Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90 apresentou ainda mais inovações para a área da saúde, como a ampliação do conceito de saúde, que passou a considerar fatores como: “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, considerando estes como condicionantes e determinantes da saúde, e ainda provocou mudanças na atuação do Serviço Social junto a esta área (BRASIL, 1990).

As inovações influenciaram na superação do modelo centrado na doença e nas ações curativas e, na construção de um novo modelo de assistência à saúde, voltado para sua promoção. Esse novo modelo requisitou um trabalho multiprofissional e com isso, o (a) assistente social passou a ter maior importância na área da saúde, exigindo um profissional capacitado para atuar nas múltiplas expressões da questão social originadas nas relações sociais que afetam a saúde. A partir dessa compreensão o profissional de Serviço Social passou a ser contratado

como um dos promotores na consolidação do SUS e de seus princípios, e como articulador da saúde com as demais políticas públicas (CORREIA, 2005).

Mudanças internas na profissão influenciaram o exercício profissional do (a) assistente social, principalmente por meio do Movimento de Reconceituação, consolidando seu projeto profissional baseado nas lutas sociais das classes trabalhadoras na construção de uma nova ordem societária (ABREU, 2004).

Também a Lei Orgânica de 1990 provocou mudanças no exercício profissional na área da saúde, ou seja, o (a) assistente social passou a ter subsídios para realizar seu trabalho na perspectiva da universalidade de acesso e da integralidade da assistência. Desta forma, após a criação do SUS e dos avanços trazidos pelo mesmo, os campos de atuação do (a) assistente social na saúde têm ampliado gradativamente e cada vez mais esse profissional é chamado para atuar nesta política pública realizando intervenções que sejam permeadas e orientadas pela noção de direito social.

O Serviço Social brasileiro tem uma participação ativa e efetiva na defesa do direito social à saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), como política pública do Estado, universal e integral. A implantação do SUS e seu desenvolvimento no país vêm requerendo a atuação do (a) assistente social no processo de gestão da saúde, atuando na (re)organização de serviços, planejamento, execução e avaliação de programas e políticas, no controle social, entre outras demandas que expressam a abrangência do conceito de saúde vigente. Isto ocorre especialmente nos municípios onde se realiza efetivamente o trabalho e se concretizam as ações de saúde, buscando fortalecer a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos às políticas sociais (BRAVO, 2006).

A profissão vem produzindo conhecimentos e experiências para o enfrentamento dos desafios vivenciados nesta área, provocando o alargamento da prática profissional, que associada à produção de conhecimentos e à qualificação profissional, vem legitimando o trabalho e ampliando as possibilidades de acesso e de inclusão social. Sobretudo, o Serviço Social se sobressai na garantia ao reconhecimento dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população: trabalho, renda, alimentação, moradia, educação, saneamento básico, acesso aos bens e serviços essenciais, como expressões da questão social (SARRETA; BERTANI, 2006).

Bravo (2006) afirma que o trabalho do (a) assistente social deve estar sempre articulado aos princípios do projeto da Reforma Sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social, proporcionando assim respostas qualificadas aos usuários (as).

O (a) assistente social nas Unidades Básicas de Saúde tem sua ação voltada para o desenvolvimento de ações de educação em saúde direcionadas aos moradores dos bairros urbanos e áreas rurais. Os assistentes sociais realizam palestras, atividades de capacitação com a população usuária, tornando-os multiplicados e discriminadores de educação em saúde, tais ações trazem em si um componente informativo junto com a tentativa de mobilizar os usuários (as) para assumir atitudes individuais e coletivas de prevenção e também cuidados com a saúde (TRINDADE, 2012).

Assim, apresenta-se brevemente o histórico da inserção do (a) assistente social no âmbito da Política de Saúde, os principais espaços de sua atuação na rede de saúde, realizando a descrição das ações desenvolvidas, bem como alguns desafios encontrados no cotidiano do trabalho.

3.5 Análise da Pesquisa

A pesquisa que se apresenta objetivou conhecer e analisar a configuração do Serviço Social no âmbito de execução da Política de Saúde nos municípios que compõem a Secretaria de Saúde do Paraná - SESA - 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR. Diante disso, foram enviados os questionários aos dezesseis assistentes sociais, tendo retorno de 7 (sete).

Buscando manter o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, os (as) assistentes sociais serão identificados (as) como: Sujeito A; Sujeito B; Sujeito C; Sujeito D; Sujeito E; Sujeito F e Sujeito G. Para uma melhor compreensão do questionário aplicado com os sujeitos da pesquisa, considera-se essencial uma breve caracterização dos (as) participantes.

Sobre a faixa etária dos sujeitos da pesquisa, nota-se que a idade que prevalece entre os (as) profissionais que se dispuseram a responder o questionário é de 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos, seguido pelos profissionais de 20 (vinte) a 29

(vinte e nove) e, posteriormente de profissionais de 40 (quarenta) a 59 (cinquenta e nove) anos.

Já em relação ao sexo dos (as) profissionais, tem-se a predominância do sexo feminino, confirmando a tendência histórica da profissão. Registra-se que algumas pesquisas foram realizadas no que tange ao perfil dos (as) assistentes sociais, e na grande maioria uma questão primordial presente diz respeito ao perfil feminino da categoria profissional do Serviço Social (CFESS, 2005).

Neste sentido, no ano de 2005 foi publicada uma pesquisa pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) intitulada “Assistentes Sociais no Brasil: Elementos para o Estudo do Perfil Profissional” no qual 90% dos Assistentes Sociais pesquisados eram do sexo feminino (CFESS, 2005). Neste sentido, a pesquisa acabou “confirmando a tendência histórica da profissão, que a categoria dos (as) assistentes sociais, ainda neste ano, era predominantemente feminina. A região com maior percentual masculino é a Sudeste (7%) e a menor é a região Sul (1%)” (CFESS, 2005, p. 19). Contudo, é importante salientar que há necessidade de atualização do perfil dos assistentes sociais no Brasil e, em 2019 o conjunto CFESS-CRESS vem desenvolvendo ações para sanar esta lacuna.

Assim, o fato de ser a profissão predominantemente feminina, dentro da sociedade contemporânea ainda permeia a ideia de ser o Serviço Social uma profissão ligada a concepção de uma determinada formação, tendo em vista que no imaginário da população a mulher possui as características mais evidentes para o exercício do Serviço Social.

No que concerne aos dados levantados sobre a formação profissional das (os) entrevistadas (os), identifica-se que a maioria dos (as) assistentes sociais que aceitaram participar da pesquisa possui especialização ou MBA¹² concluído. O sujeito A possui especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial; o Sujeito C em Serviço Social e Intervenção Profissional; o Sujeito D em Gestão em Saúde (UEM) e Gestão de Políticas Sociais com Ênfase na Família e na Defesa de Direitos (RHEMA/FATEC); o Sujeito E possui especialização em Serviço Social e Gestão do

¹² O MBA é uma pós-graduação *lato sensu*, porém tem foco em gestão, negócios e empresa. O MBA é procurado por quem quer se preparar para ser líder ou gestor. São opções que dão uma visão geral de disciplinas de gestão. Já a especialização é um aprofundamento em uma área específica. Disponível em: https://querobolsa.com.br/revista/qual-e-a-diferenca-entre-pos-graduacao-e-mba?gclid=Cj0KCQjwrtBRCMARIsAN413WSaPchWJcdvFkphDk7LRj6tR4yktQpccMeGE7ti3PF1r5f4tC2wO7EaAqH8EALw_wcB. Acesso em: 01 nov. 2019.

SUAS e em Gestão de Políticas Sociais; e o Sujeito G em Gestão de Políticas Sociais com Ênfase na Família e na Defesa de Direitos. Com especialização em andamento, está o sujeito B na área de Políticas Públicas e Gestão, já o Sujeito F possui graduação.

De acordo com o CFESS (2012), a defesa da formação profissional de qualidade para os (as) assistentes sociais é a função precípua da ABEPSS. Ao longo das últimas décadas, em especial a partir da reformulação das Diretrizes Curriculares de 1996. A ABEPSS tem no horizonte da graduação e da pós-graduação, a produção de conhecimentos, o terreno fundamental para a consolidação do projeto de formação profissional, na direção do enraizamento do Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro. Portanto, é importante ressaltar que a Política de Educação Permanente proposta pelo Conjunto CFESS/CRESS, aprovada em 2012, torna-se estratégica no plano da qualificação continuada dos (as) profissionais, num contexto que exige cotidianamente do Serviço Social a capacidade para desvelar, processar e intervir numa realidade socioinstitucional complexa, permeada por profundas transformações societárias no mundo do trabalho, que se materializam de forma difusa e imediata nas diversas expressões da questão social, objeto da ação profissional (CFESS, 2012).

Conforme a descrição do CFESS (2012), a Política de Educação Permanente fortalece um dos princípios fundamentais do Código de Ética do (a) Assistente Social, no que se refere ao “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

[...] Nesses termos, pensar a educação permanente no Serviço Social pressupõe, portanto, afirmar o projeto profissional, articulando uma dupla dimensão: de um lado, as condições macros societárias que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e, de outro, as respostas de caráter ético político e técnico-operativo dos/as agentes profissionais a esse contexto, apoiados nos fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do Serviço Social. (CFESS, 2012, p. 8).

Assim, as diretrizes da Política de Educação Permanente posicionam-se na potencialização do projeto profissional, e respaldam-se, sobretudo, nos princípios fundamentais do atual Código de Ética Profissional e exige do profissional a

capacidade crítica e analítica para a sua interpretação, na perspectiva de competência profissional.

Para melhor conhecimento dos sujeitos da pesquisa, buscou-se saber as unidades de ensino que se graduaram, modalidade e ano de colação de grau e, obteve-se as seguintes informações:

Quadro 1 – Unidade de Ensino, modalidade e ano de colação

Sujeitos	Unidade de Ensino	Modalidade	Ano da colação de grau	Público/Privado
Sujeito A	Não especificado	Presencial	2014	Público
Sujeito B	Não especificado	EAD	2018	Privado
Sujeito C	Universidade Estadual de Londrina	Presencial	2016	Público
Sujeito D	Universidade Estadual de Maringá	Presencial	2017	Público
Sujeito E	Não especificado	Presencial	2008	Privado
Sujeito F	Não especificado	EAD	2010	Privado
Sujeito G	Universidade Estadual de Londrina	Presencial	1996	Público

Fonte: As próprias autoras.

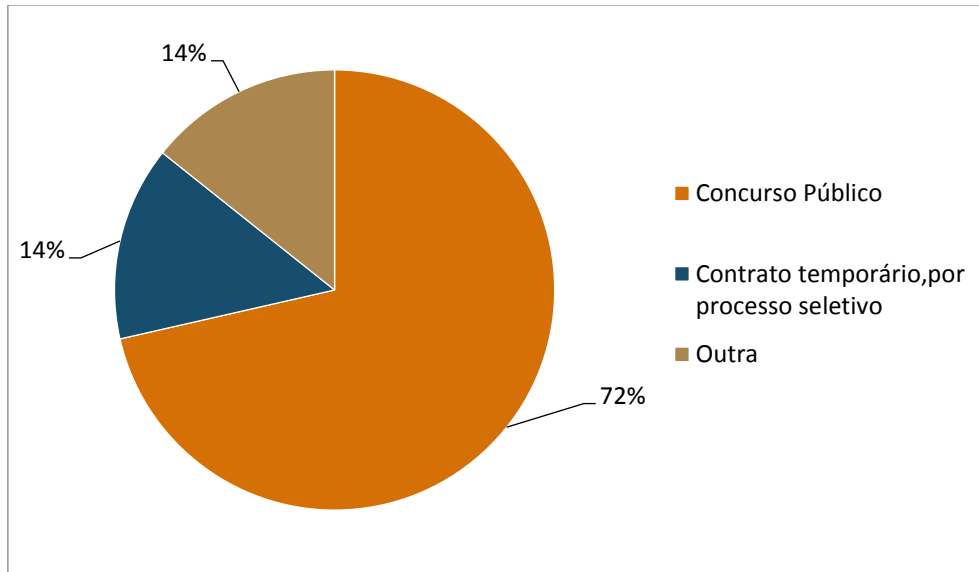
Dos (as) 7 (sete) sujeitos da pesquisa, 4 (quatro) realizaram o curso presencial em universidades públicas, com predominância de graduados na Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Universidade Estadual de Maringá (UEM); 3 (três) assistentes sociais se graduaram em faculdades privadas, sendo 1 (um) presencial, e 2 (dois) na modalidade de Ensino à Distância (EAD), sendo que na coleta de dados não especificaram em qual faculdade se graduaram.

Nota-se que na região ainda há o predomínio de profissionais formados em unidade públicas/presenciais. Isso se deve também a instalação do curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá (UEM) em Ivaiporã, no ano de 2010, facilitando o ingresso de futuros profissionais e realizando a divulgação do campo sociocupacional do (a) assistente social, o qual anteriormente era pouco conhecido. Para tanto, requer salientar que a cidade de Ivaiporã-PR, acompanhando a tendência nacional, já conta com cinco polos de Ensino à Distância em Serviço Social, o que tem provocado um esvaziamento no curso de Serviço Social da UEM,

algo também presente em outras instituições públicas presenciais que ofertam o curso.

No tocante à pesquisa, julga-se importante apresentar a forma de ingresso dos assistentes sociais (as) na instituição de trabalho:

Gráfico 1 - Forma de ingresso na Instituição



Fonte: As próprias autoras.

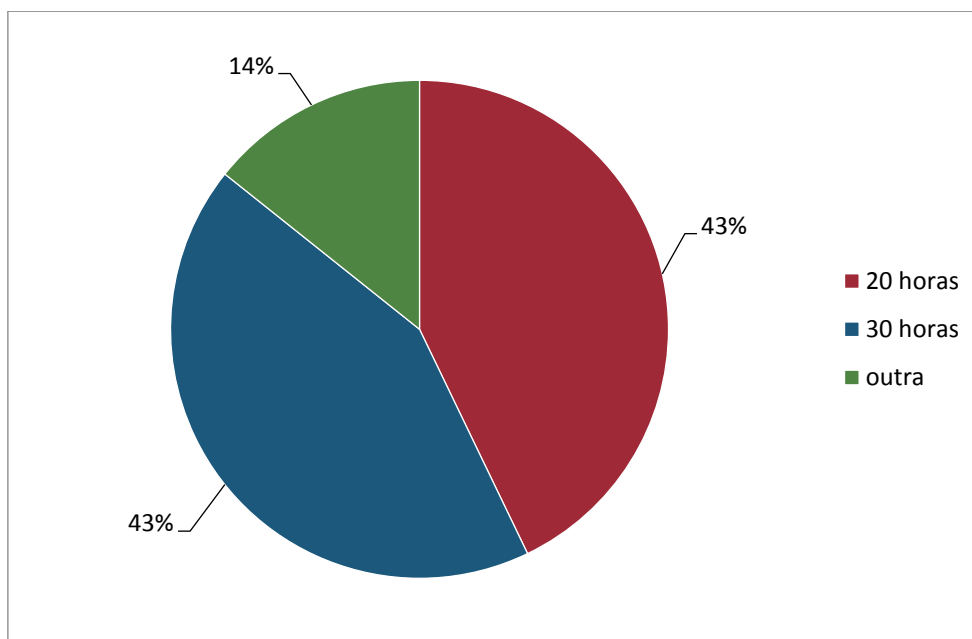
Diante do gráfico nota-se que a maior parte dos (as) assistentes sociais participantes da pesquisa ingressaram na instituição por meio de concurso público, apresentando 72%. Para tanto, é importante refletir estas informações à luz do que Iamamoto (2012) relata sobre a atual conjuntura sócio-histórica em que permeia o cotidiano dos profissionais apresentando rebatimentos tanto em suas relações de trabalho, quanto nas demandas que lhes são apresentadas pela população usuária e pela instituição, que requisitam uma análise macroscópica da realidade, assim como respostas qualificadas.

A premissa é que o atual quadro sócio-histórico não se reduz a um pano de fundo para que se possa, depois, discutir o trabalho profissional. Ele atravessa e conforma o cotidiano do exercício profissional do Assistente Social, afetando as suas condições e as relações de trabalho, assim como as condições de vida da população usuária dos serviços sociais. (IAMAMOTO, 2012, p. 19).

Nesse contexto, surgem novas demandas de atuação para o (a) assistente social, que passa a atuar nas novas configurações e expressões da questão social, assim como também se fazem presentes no cotidiano desses profissionais as "novas formas" de trabalho, com as precarizações por meio dos contratos temporários, contratos por projetos, terceirização, baixos salários, além da falta de condições físicas e materiais adequados para a execução do seu trabalho. E, mesmo com várias regulamentações e normatizações existentes, como a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS-2011), as condições de trabalho do (a) assistente social continuam precárias, sendo a gestão e melhoria das condições de trabalho um dos maiores desafios dessa política na atualidade.

Após apresentar as informações em relação à forma de ingresso na instituição de trabalho do (a) assistente social, parte-se agora para o conhecimento da carga horária semanal dos profissionais.

Gráfico 2 – Carga horária semanal



Fonte: As próprias autoras.

Neste gráfico é possível observar que 43% dos (as) assistentes sociais trabalham 30 (trinta) horas semanais; e, 14% declarou trabalhar outra carga horária semanal, sendo ela não especificada. Contudo, é importante mencionar que 43% dos (as) assistentes sociais trabalham 20 (vinte) horas semanais. Estes dados são

reveladores, pois os sujeitos da pesquisa dispõem de uma limitada carga horária para atuar na Política de Saúde, o que se apresenta por vezes insuficiente, devido principalmente pelo fato de ser uma política de grande procura pela população. Devido a isso os problemas que perpassam o cotidiano do profissional encontram-se indissociáveis dos dilemas vivenciados pelos demais trabalhadores, que sofrem com o retrocesso aos direitos conquistados nesse contexto de reordenamento do capital.

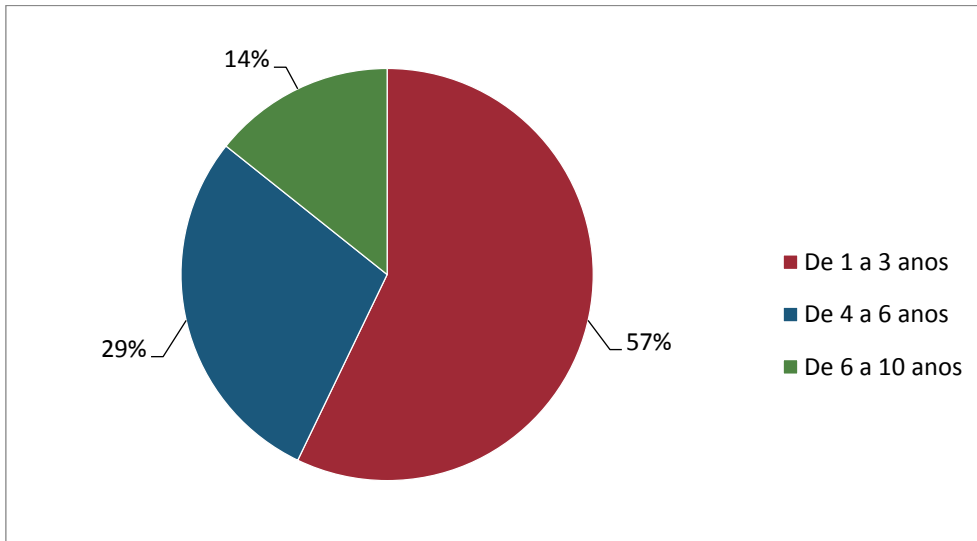
[...] as exigências impostas pelos distintos empregadores, no quadro da organização social e técnica do trabalho, também materializam requisições, estabelecem funções e atribuições, impõem regulamentações específicas ao trabalho a ser empreendido no âmbito do trabalho coletivo, além de normas contratuais (salário, jornada, entre outras), que condicionam o conteúdo do trabalho realizado e estabelecem limites e possibilidades à realização dos propósitos profissionais (IAMAMOTO, 2009a, p. 39).

As precárias formas de inserção no mercado de trabalho, com ausência de estabilidade nos vínculos, a falta de condições objetivas de trabalho e instalações físicas adequadas, além da insuficiência de formação continuada repercutem na própria consciência do trabalhador, provocando competição entre eles, fragilizando assim a organização coletiva da categoria profissional.

A atuação do (a) assistente social não é algo fácil e, o cotidiano de trabalho apresenta várias dificuldades e desafios, sendo chamado para atuar na viabilização de direitos. Para tanto, por vezes se vê incapaz de responder às demandas que chegam devido as condições e objetivos de trabalho que lhe são dadas, pois a dinâmica de flexibilização e a precarização atinge também o trabalho do (a) assistente social nos diferentes espaços institucionais, seja pela insegurança do emprego, por precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais a longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros (RAICHELIS, 2011).

Buscou-se também junto aos sujeitos da pesquisa saber o tempo de atuação na Política de Saúde, conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 3 – Tempo de trabalho na instituição

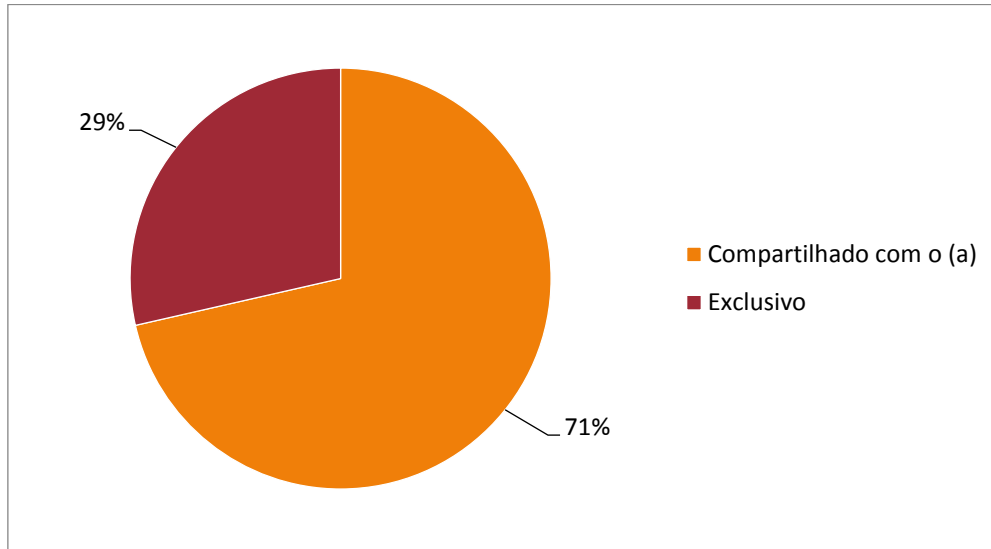


Fonte: As próprias autoras.

Neste gráfico é possível observar que há uma concentração de tempo de trabalho de 1 (um) a 3 (três) anos, apresentando 57%, sendo este tempo considerado relativamente curto, podendo sinalizar um reconhecimento de curto prazo pelos municípios da importância do (a) assistente social neste campo de atuação. Tais informações podem se dar pela abertura recente do campo sócio-ocupacional do (a) assistente social na área na região, pela ausência de instabilidade profissional, algo que também se apresenta desmotivador, pois 28% dos profissionais pesquisados não são concursados, e a rotatividade de profissional em tal política, devido à reduzida carga horária e o excesso de demanda por atendimentos.

Para melhor compreensão das condições de trabalho dos (as) sujeitos da pesquisa, foi questionado se os mesmos executam seu trabalho de forma exclusiva na saúde ou se o seu trabalho é compartilhado com outra política, conforme demonstra o gráfico 4:

Gráfico 4-Trabalho desenvolvido exclusivo na saúde ou compartilhado com outra política



Fonte: As próprias autoras.

Com relação ao trabalho desenvolvido, nota-se que apenas 29% dos (as) assistentes sociais atuam exclusivamente na Política de Saúde. Os demais profissionais, que somam 71%, possuem atuação profissional compartilhada com equipamentos da Política de Assistência Social, CAPS e Equipe NASF-AB.

É importante ressaltar que no cotidiano do exercício profissional, identifica-se que os (as) assistentes sociais vêm encontrando diversas dificuldades para realizar as ações de caráter coletivo e político, especialmente porque seu trabalho exige uma compreensão da dinâmica dos movimentos sociais e também de uma habilidade política que alguns dos profissionais ainda não têm desenvolvidas. Diante disso, pode-se considerar as atuais condições de trabalho, as quais interferem diretamente nas condições concretas para a construção de ações profissionais que ultrapassem os atendimentos individuais, pontuais e permitam uma aproximação e também um conhecimento da população usuária e de suas formas de organização coletiva. Contudo, trata-se de uma combinação de fatores, quais sejam: múltiplos vínculos, jornada de trabalho reduzida, aceitação das demandas pontuais e burocrático-administrativas decorrentes dos acordos sobre o cumprimento da carga horária de trabalho, baixa experiência política dos profissionais (GUERRA, 2017).

No entendimento do Conjunto CFESS/CRESS, embasado no parecer do Conselho Nacional da Saúde/CNS n.º 218/1997, e na Resolução CFESS n.º

383/1999, o (a) assistente social é expressamente reconhecido como profissional da saúde quando atua ou desenvolve suas atribuições profissionais nesta área.

Segundo o parecer jurídico do CFESS (2010), o (a) assistente social poderá acumular dois empregos públicos, sendo que um necessariamente deve se dar na área da saúde. Existem, porém, interpretações jurídicas diferentes de órgãos públicos (alguns entendem que os dois vínculos devem ser na saúde), o que pode representar um desafio na perspectiva de garantia desse direito ao assistente social, demanda essa que deve ser encaminhada junto às entidades trabalhistas/sindicais (CFESS, 2010).

Comporta aqui refletir também sobre as condições de trabalho na instituição referentes ao sigilo profissional dos (as) assistentes sociais. Conforme estabelecido no Código de Ética profissional no capítulo V, dispõe sobre o sigilo profissional do (a) assistente social:

[...] Art. 15 Constitui direito do/a assistente social manter o sigilo profissional.

Art. 16 O sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional. Parágrafo único: Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.

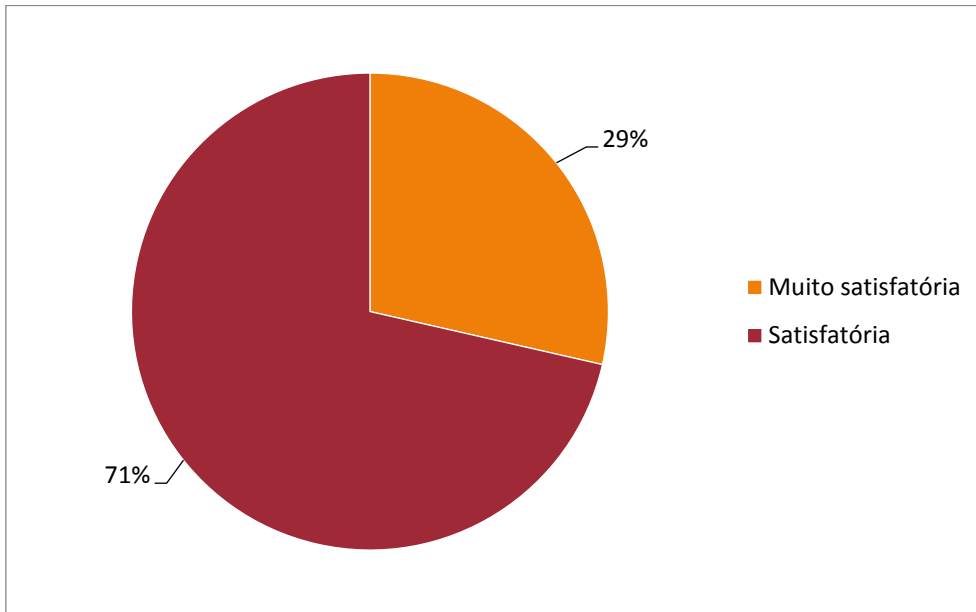
Art. 17 É vedado ao/à assistente social revelar sigilo profissional.

Art. 18 A quebra do sigilo só é admissível quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do/a usuário/a, de terceiros/as e da coletividade.

Parágrafo único: A revelação será feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e número de pessoas que dele devam tomar conhecimento. (CFESS,1993).

Nesta perspectiva é importante ressaltar que o sigilo profissional trata de uma informação a ser protegida, impõe uma relação entre privacidade e publicidade, cujo dever profissional se estabelece desde a se ater ao estritamente necessário ao cumprimento de seu trabalho, a não informar a matéria sigilosa. Referente a isto, perguntou-se aos (às) participantes da pesquisa se dispunham de condições adequadas para o sigilo profissional, representadas no gráfico a seguir.

Gráfico 5 - Condições de trabalho na Instituição referente ao sigilo profissional



Fonte: As próprias autoras.

Em relação às condições de trabalho dos (as) assistentes sociais observa-se que os profissionais estão satisfeitos em relação ao sigilo profissional, sendo que este, no âmbito de atuação do (a) assistente social, tem por objetivo a preservação da intimidade dos (as) usuários (as) que são necessários à preservação do vínculo de confiança estabelecido entre o (a) profissional e os (as) usuários (as) (CFESS, 1993).

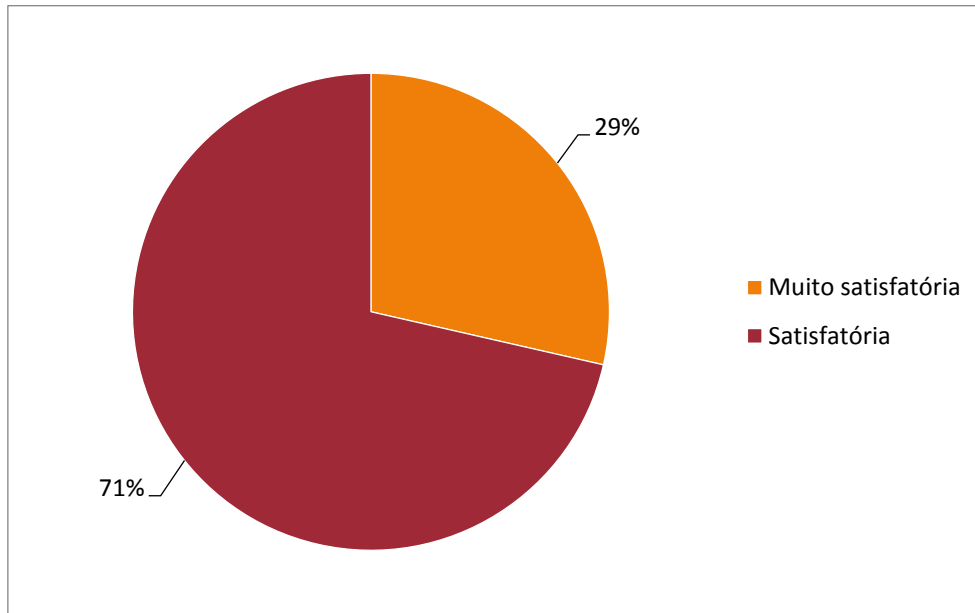
Esta é uma prerrogativa do (a) assistente social, de modo que manter o sigilo profissional é um dever ético-político que garante a proteção da intimidade e da privacidade dos (as) usuários (as) e do Serviço Social, quando determinados aspectos da vida das pessoas devem permanecer resguardados (CFESS, 1993).

O sigilo profissional para o (a) assistente social corresponde a uma das exigências que é imputada para a conduta profissional, assim, compondo a sua dimensão ética, tendo as prescrições previstas basicamente no Código de Ética. Os profissionais devem dispor de condições de trabalho adequadas à preservação do sigilo; ter a garantia de inviolabilidade da documentação e, de forma geral, o direito de manter o sigilo (no caso de ser tensionado por terceiros a fazer revelações); contudo, sem perder de vista que tais prerrogativas devem ser empregadas com finalidade de atender a um direito que é do usuário (FERNANDES, 2018).

Após ressaltar sobre o sigilo profissional, faz-se necessário abordar as

condições de trabalho do (a) assistente social referente à sua autonomia profissional, conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 6 – Condições de trabalho na instituição referente à autonomia profissional



Fonte: As próprias autoras.

No que se refere à autonomia profissional dos sujeitos da pesquisas, 71% afirmam que as condições de autonomia profissional são satisfatórias, e 29% muito satisfatória. A condição de autonomia profissional para o (a) assistente social é fundamental para o pleno desenvolvimento do seu exercício profissional, conforme o Projeto Ético Político da profissão, porém no cotidiano de trabalho, o profissional depara-se com a relativa autonomia, que dificulta e limita sua atuação nos moldes defendidos pela profissão.

Cumprir observar que o (a) assistente social dispõe de uma relativa autonomia para projetar e realizar suas ações, esbarrando nas rotinas e demandas institucionais, mas também buscando alternativas para além do que está posto. O (a) profissional de Serviço Social, atuando com competência teórica, política e técnica, reafirmando diariamente o seu compromisso com os sujeitos que atende e buscando apreender cada vez mais os ditames da relação teoria/prática, pode identificar as tendências e as possibilidades no aprimoramento do seu agir profissional. Assim, o (a) assistente social luta para a melhoria do trabalho em seu espaço sócio-ocupacional na Política de Saúde, buscando agir conforme os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, pois ele também

se encontra na condição de um trabalhador assalariado, que dispõe de uma relativa autonomia. Ao analisar este ponto, destaca-se que na Política de Saúde, o (a) assistente social ao dispor de sua relativa autonomia, lhe é possibilitado atuar mediando as expressões da questão social, dando sentido da direcionalidade da ação profissional. Contudo, para que isto ocorra, será necessária a construção de formas efetivas para a consolidação do projeto profissional que façam frente a um panorama que vem fragilizando a esfera pública e o sistema de proteção social.

Para início do desvendamento quanto ao propósito do trabalho, foi perguntado aos sujeitos da pesquisa como o Serviço Social se configura/desenvolve em seu espaço sócio-ocupacional.

Tanto no atendimento direto à população usuária (institucional e/ou domiciliar), quanto em encaminhamentos (tratamento psiquiátrico e álcool/drogas) e à rede de proteção municipal (CRAS, CREAS, Educação etc.). Além da organização/participação em ações e campanhas de saúde. (Sujeito A).

Através do atendimento individual e com famílias, desenvolvendo grupo com público variado em parceria com outros profissionais da saúde. (Sujeito B).

O Serviço Social na Instituição atua realizando o trabalho de acompanhamento social com famílias atendidas no Sistema Único de Saúde, fazendo o acompanhamento de usuários que necessitam de órtese e prótese, e realizando Estudo Social e Parecer Social em caso de consultas, exames, e cirurgias de alto custo quando o usuário não possui condições de arcar com os mesmos, além de medicações de alto custo que no momento são fornecidos pelo município. (Sujeito C).

O Serviço Social atua em um trabalho interdisciplinar com a equipe do centro de saúde, através deste trabalho são identificadas as demandas da população, onde se busca viabilizar o acesso à serviços, benefícios e direitos, além de orientar e conscientizar a população acerca dos seus direitos e deveres, não só na política de saúde, mas em todas as outras existentes, para que conheçam o que é a política pública que estão acessando e, a partir disso, não sejam utilizadas enquanto massa de manobra de políticos. Desta forma, o trabalho realizado é no sentido de facilitar o acesso aos direitos desta população atendida aos diversos serviços na política de saúde, tais como: acesso à órteses e próteses, orientações para requerer via ação judicial medicamentos que não são ofertados pelo SUS, atendimentos para esclarecimentos acerca das regulamentações do SUS para realizações de procedimentos cirúrgicos, bem como, de acesso e encaminhamentos a médicos para que seja respeitado o desejo das pacientes para realização de laqueaduras, por exemplo, orientações sobre direitos às pessoas com deficiência, idosos,

crianças e adolescentes, mulheres e suas famílias, onde é discutido diversas expressões da questão social inerentes as demandas apresentadas, visando trabalhar com a equipe, que os pacientes têm direitos, que devem ser respeitados suas escolhas e vontades, e que existem uma série de questões e fatores que perpassam a situação e realidade daquele paciente e sua família, que devem ser levados em consideração em cada intervenção realizada, além da importância do desenvolvimento de um trabalho humanizado pela equipe. Logo, observa-se que é um amplo e vasto espaço de trabalho, com diversas requisições e intervenções do Serviço Social. (Sujeito D).

O Serviço Social agrega a equipe seus conhecimentos teóricos e técnicos visando a consolidação do direito à saúde, através de ações voltadas a promoção da saúde e intersectorialidade com os demais programas e políticas públicas. Desenvolve as ações de forma interdisciplinar, trabalhando a reinserção social, reabilitação e autonomia dos usuários. (Sujeito E).

O Serviço Social no espaço sócio-ocupacional desenvolve através de Promoção da saúde, incluindo aspectos preventivos e intervenção a prática curativa. As ações e estratégias são realizadas, conforme as demandas apresentadas pelos usuários e da equipe de saúde para ações conjuntas. (Sujeito F).

O Serviço Social ganha configuração na política de saúde através do mecanismo “assistencial”, ou seja, na maneira que o profissional operacionaliza os fatores determinantes manifestos pelo usuário para além do que é apresentado, num contexto e texto de cunho crítico. (Sujeito G).

Nas respostas é possível visualizar que o Serviço Social se configura tanto no atendimento individual quanto no atendimento com as famílias, realizando grupos de acompanhamentos com os (as) usuários (as) e um trabalho multidisciplinar. Os sujeitos mencionam que o Serviço Social busca garantir a intersectorialidade com os demais programas e políticas públicas, visando à promoção da saúde agregando os saberes teóricos e técnicos para a viabilização dos direitos e os atendimentos para esclarecimentos acerca das regulamentações do SUS. Assim, identifica-se a presença do primeiro e segundo eixo estabelecidos nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, porém tal documento de subsídio de atuação do assistente social na saúde não foi citado por nenhum dos sujeitos da pesquisa.

Com isso, diante das respostas dos sujeitos da pesquisa é importante ressaltar as atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, as quais devem ser orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, bem como observados e

respeitados tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. No que se refere aos direitos dos (a) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética assegura:

- a- garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b- livre exercício das atividades inerentes à Profissão;
- c- participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- d- inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e- desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- f- pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- g- ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- h- liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. (CFESS, 1993, p. 26).

No que se refere aos deveres profissionais, o artigo 3º do Código de Ética estabelece:

- a- Desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;
- b- Utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da Profissão;
- c- Abster-se, no exercício da Profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- d- Participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades. (CFESS, 1993, p. 27).

Assim, o perfil do (a) assistente social para atuar nas políticas sociais deve distanciar-se das abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais singulares que devem ser resolvidos de forma individualmente (CFESS, 2010).

Os (as) assistentes sociais na saúde devem atuar pautados por 4 (quatro) grandes eixos sendo eles: primeiro eixo: atendimento direto aos usuários (as); segundo eixo: mobilização, participação e controle social; terceiro eixo: investigação,

planejamento e gestão; e quarto eixo: assessoria, qualificação e formação profissional. A partir do exposto, se explicitará as principais ações desenvolvidas pelo (a) assistente social nestes quatro eixos. Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade (CFESS, 2010).

O primeiro eixo que diz respeito ao atendimento direto aos (as) usuários (as), ocorre nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam, a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal (CFESS, 2010).

As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Estas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis (CFESS, 2010).

As ações socioassistenciais têm-se constituído como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social. Segundo Costa (2000), a inserção dos (a) assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários (as) e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários (as), de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas (CFESS, 2010).

O segundo eixo envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários (as), familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos (as) usuários (as) enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde. Uma outra preocupação consiste na democratização da instituição por meio da criação de conselhos gestores de unidades e outros órgãos colegiados, que visem à participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade. Envolve ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita e articulação com movimentos sociais (CFESS, 2010).

O terceiro eixo diz respeito a um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários (as) e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais (CFESS, 2010).

O quarto eixo refere-se às atividades de qualificação e formação profissional que visam o aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários (as). Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários (CFESS, 2010).

Com fundamento nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde identifica-se que a maioria dos sujeitos que participaram da pesquisa tem sua prática embasada por este documento, realizando a execução de ao menos 2 (dois) dos 4 (quatro) eixos norteadores supracitados.

Por seguinte foi indagado aos (às) profissionais como eles (as) avaliam as condições de trabalho que se encontram e, se realmente é o suficiente para garantir a qualidade do seu exercício profissional:

Sim, no entanto, o esforço é contínuo, principalmente quanto à estrutura física adequada e materiais. (Sujeito A).

Sim, através da luta temos avançado em todos os aspectos, tendo em vista a situação atual do município (Sujeito B).

Sim, as condições de trabalho são suficientes, com relação aos recursos humanos, materiais e financeiros que a instituição oferece, no entanto o espaço físico deixa um pouco a desejar, pois o espaço de trabalho é pequeno o que dificulta um pouco o trabalho. (Sujeito C).

Não, primeiramente, penso que deveria ser contratado através de concurso público, um profissional exclusivo para atender as demandas da política de saúde, pois minha lotação de 30h é na assistência social (CRAS) e as 7h que citei anteriormente, são para atender as demandas existentes da saúde, sendo insuficiente diante das complexas e amplas demandas requisitadas aos profissionais de Serviço Social nesta política. Saliento que estou em processo de sistematização das demandas aos profissionais de Serviço Social para tentar conscientizar a secretaria a requisitar um profissional exclusivo para atendimento na unidade. Segundo ponto a destacar, não há uma sala de atendimento exclusiva para o Serviço Social, sempre que é necessário realizar um atendimento, tem que buscar uma sala de profissionais de enfermagem ou outra sala disponível e pedir para que estes se retirem, visando garantir a privacidade, o sigilo e o respeito ao usuário a ser atendido. Terceiro e último ponto a destacar é que também não há um carro específico para o Serviço Social realizar as visitas domiciliares e demais deslocamentos, tendo que revezar e verificar a disponibilidade com os demais profissionais da unidade. (Sujeito D).

Não, sala de atendimento da atenção básica não é adequada, pequena, falta ventilação. Sempre falta material de consumo. Impressora usada é compartilhada, a qual fica na sala do coordenador da atenção básica. No CAPS a equipe não dispõe do mínimo para trabalhar, muitas vezes compramos material para poder desenvolver alguma atividade. (Sujeito E).

Sim, possuo condições para garantir a qualidade em meu exercício profissional, porém ainda encontro dificuldade em relação ao transporte e recursos financeiros, o serviço social não tem carro próprio para realização das visitas entre outros trabalhos realizados que necessitam de transporte, além dos recursos financeiros que são escassos, os quais são repassados pelo fundo municipal de saúde para atendimento de toda demanda em saúde. (Sujeito F).

Não, porque ainda não tem profissional exclusivo na área de saúde. Quando ocorrem os atendimentos há condições básicas e adequadas. (Sujeito G).

Em face das respostas obtidas, é possível observar que a maioria dos profissionais não possuem condições adequadas para o desenvolvimento do seu exercício profissional, sendo ressaltada a falta de estrutura como salas adequadas para os atendimentos, falta de recursos, indisponibilidade do carro para realização de visitas domiciliares e demais deslocamentos.

As condições de trabalho da categoria, em muitos locais estão de tal forma negligenciadas, quando não objeto de um projeto deliberado de sucateamento, passando a atingir a materialidade e a subjetividade dos profissionais, de modo a afetar a saúde físico-mental e a vida em geral e de usuários (as), o que tem sido recentemente denominado por danos existenciais (FERNANDES, 2018).

Em relação aos espaços de atendimento à população usuária, a categoria tem exposto situações que geram desdobramentos na preservação do sigilo, com a ausência de sala específica para abordagens, sendo compartilhada com outros departamentos, programas, comportando técnicos de outras áreas, diretoria do serviço, gestores, outros profissionais da categoria, assistentes administrativos. Quando não dispõem de sala própria para os atendimentos, os profissionais os realizam em locais improvisados (FERNANDES, 2018).

A Lei n.º 8.662/93, que regulamenta a profissão, é um instrumento normativo basilar para a atuação do (a) assistente social. Dentre outros aspectos, a referida Lei prevê as competências e atribuições privativas do (a) assistente social, as quais requerem condições mínimas de estrutura e de infraestrutura para serem plena, eficaz e desenvolvidas, devendo ser disponibilizadas no espaço sócio- ocupacional onde a ação profissional se desenvolve (CFESS, 1993).

Diante do que foi mencionado pelos sujeitos da pesquisa é importante ressaltar a resolução do CFESS nº 493/06 a qual dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do (a) assistente social:

Art. 1º – É condição essencial, portanto obrigatória, para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social a existência de espaço físico, nas condições que esta Resolução estabelecer.

Art. 2º – O local de atendimento destinado ao assistente social deve ser dotado de espaço suficiente, para abordagens individuais ou coletivas, conforme as características dos serviços prestados, e deve possuir e garantir as seguintes características físicas:

A atuação profissional do (a) assistente social tem como referência importante o Código de Ética, conforme Resolução CFESS n.º 273/93, que estabelece os princípios fundamentais, direitos e deveres, além de outros aspectos importantes dessa profissão. O art. 7º, alínea “a”, por exemplo, destaca que constitui direito do (a) assistente social “dispor de condições de trabalho condignas, seja em

entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional” (CFESS, 1993).

O (a) assistente social possui o direito de ter condições adequadas para o desenvolvimento do seu trabalho, para que assim seja garantido e mantido o trabalho de qualidade, e quando tais condições não forem condizentes para realizar atendimentos com qualidade, tem por dever denunciar ao Conselho Regional de Assistência Social.

É importante esclarecer que o aprimoramento do (a) assistente social está presente no Código de Ética, se constitui como um dos direitos do(a) assistente social no art. 2º, sendo ele:

[...] f- aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código.

[...] i- liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos (CFESS, 1993).

O (a) assistente social possui respaldo no seu Código de Ética, do direito de aprimoramento profissional contínuo, e também tem direito à liberdade para desenvolver seus estudos, a partir de uma dimensão investigativa. Sendo assim, os sujeitos da pesquisa foram indagados a responderem se os mesmos são incentivados a buscar o aprimoramento profissional:

Sim, sempre que são disponibilizadas capacitações e/ou cursos a própria Secretaria de Saúde informa os profissionais correspondentes a cada área de atuação. (Sujeito A).

Sim. (Sujeito B).

Sim, a secretaria sempre incentiva os funcionários a se capacitarem. (Sujeito C).

Sim, sempre que aparece alguma capacitação, sou informada pelos gestores e também é ofertado diárias para custeio de eventuais despesas com alimentações, transportes e demais investimentos que vier a ter para participar das capacitações. Saliento ainda, que existe plano de cargos e salários, onde é realizado o incentivo também através do aumento de salário, após o estágio probatório, conforme a elevação de escolaridade. (Sujeito D).

Não, dificilmente participo de curso e capacitações. A SESA e a 22ª Regional de Saúde realizam cursos e capacitações, mas a prioridade é para os enfermeiros. (Sujeito E).

Não, as capacitações geralmente oferecidas pelo Estado, são para os profissionais da área de enfermagem e demais profissionais, não ofertando cursos aos profissionais do Serviço Social. (Sujeito F).

Não tem incentivo, porém não há impedimento de se afastar temporariamente do serviço para fazer cursos particulares. (Sujeito G).

Diante das respostas dos sujeitos da pesquisa é possível observar que existe uma falta de estímulo as capacitações para os assistentes sociais, pois como mencionado por eles (as), as que são oferecidas pelo Estado são para os profissionais da área de enfermagem, a falta de capacitação para os profissionais resulta em precarização no trabalho do (a) assistente social, que lida com as limitações vigentes no sistema capitalista e uma desconstrução em sua atuação profissional.

Nesse panorama, o trabalho de assistentes sociais, experimenta, assim como os demais trabalhadores assalariados, a precarização do trabalho e da vida, a desproteção social e trabalhista, o assédio moral, o sofrimento e o adoecimento decorrentes do trabalho (RAICHELIS, 2018).

Assim, diante de tal afirmação, foi questionado aos sujeitos se no cotidiano de trabalho encontram algum desafio profissional:

Sim. Principalmente o de evidenciar a necessidade de um profissional de Serviço Social em cada unidade de saúde, visto a versatilidade da demanda de atendimentos ao qual tem contato diariamente. (Sujeito A).

Diariamente. A extensão do município é grande, temos um assentamento e um distrito além de outras localidades de difícil acesso. (Sujeito B).

Um dos desafios encontrados pelo Serviço Social é o trabalho de acompanhamento com famílias que possuem alguma doença rara, e que fazem acompanhamento médico em outros municípios. (Sujeito C).

São muitos desafios no cotidiano profissional, mas os principais deles são: os embates com gestores, alguns profissionais da equipe e demais políticos; e a conscientização de uma população que é alienada sobre seus direitos. Desta forma, esclareço que o primeiro desafio é na luta em defesa e reconhecimento da profissão e dos direitos da população, junto a gestores, alguns profissionais de equipe e políticos no município, que por vezes, não reconhecem o papel do Serviço Social e sua importância frente às políticas; e também não reconhecem os direitos da população e querem viabilizar os mesmos enquanto ajuda e favor. Destaco que não são

todos os agentes políticos do município (e fora dele também) que fazem isso, mas já tive amplos e grandes enfrentamentos com alguns deles. O segundo desafio é devido a população ter sido, por vezes, cerceada de seus direitos, sendo alienada que estes são uma ajuda de determinado político, caracterizando e obrigando a lástima troca de favores para acessar aquilo que lhe é de direito. Diante disso, é um desafio diário trabalhar para romper com essas concepções e contribuir para a conscientização da população, para que tenham autonomia e se reconheçam enquanto sujeitos de direitos. (Sujeito D).

O maior desafio no momento é a sobrecarga de trabalho, pois desde março/2019, estou trabalhando também no CAPS, com carga horária insuficiente para desenvolver as ações nas duas instituições com qualidade. (Sujeito E).

Sim, enfrentamos desafios para que as reais necessidades da população sejam atendidas. (Sujeito F).

Sim, gestor e equipe perceber e ter vontade política para garantir um assistente social exclusivo na área da saúde. Hoje a assistente social atua com predominância na assistência social. (Sujeito G).

Diante das respostas dos sujeitos da pesquisa é importante ressaltar que os desafios são inúmeros, onde está presente a falta de reconhecimento do (a) assistente social como categoria profissional, território extenso e grande demanda, falta de protagonismo do usuário na política de saúde, exposto quando os (as) usuários (as) não conseguem ver os seus direitos como direitos, mas como favores, e o (a) assistente social trabalha fortemente para que os (as) usuários (as) se desvinculem de tais visões de assistencialismo sobre os serviços ofertados em tal política.

Os desafios que perpassam o cotidiano da categoria de assistentes sociais são a insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, redução dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, os quais têm sido reivindicados pela categoria de assistentes sociais com a luta geral da classe trabalhadora. Nessa linha de raciocínio, Boschetti (2011) aponta:

os desafios postos ao trabalho profissional não são exclusivos da nossa profissão, e somente as lutas coletivas em defesa da classe trabalhadora podem provocar mudanças nas condições de vida e de trabalho daqueles que dependem da venda de sua força de trabalho para assegurar a produção e a reprodução de suas vidas.

Dessa forma, Boschetti (2011) aponta algumas bandeiras de luta encampadas pelo conjunto CFESS/CRESS nos últimos anos e que se apresentam na realidade como conquista da classe trabalhadora. Uma delas foi a reivindicação por concursos públicos junto às instituições de natureza pública e privada com a intenção de garantir melhores condições de trabalho e maior compromisso e qualidade dos serviços prestados aos (as) usuários (as).

Por fim, os sujeitos foram indagados sobre a consolidação do Serviço Social na Política de Saúde de seu município:

Sim. Embora haja um longo e contínuo caminho a ser percorrido, sobretudo quanto a autonomia profissional. (Sujeito A).

Parcialmente, ainda temos muito que avançar na política de saúde, mas temos buscado orientar a população quanto aos seus direitos. (Sujeito B).

Infelizmente o Serviço Social não está consolidado no município, pelo fato do profissional não ter a estabilidade de ser funcionário público. (Sujeito C).

Penso que o Serviço Social ainda não está consolidado na saúde no município por diversos fatores elencados nas questões anteriores, mas é possível analisar que a profissão está ganhando seu espaço e respeito cada vez mais, na medida em que é esclarecido o papel do profissional neste espaço, bem como, do trabalho que se busca realizar frente à população usuária. Vale ressaltar que, apesar de todos os desafios, considerando os mais de 2 (dois anos) que estou trabalhando interdisciplinarmente com a equipe, percebo que a concepção acerca do Serviço Social se modificou positivamente e está se tornando uma referência para a equipe em assuntos que perpassam os direitos e discussão de demandas da população. Entretanto, ainda há muitos desafios a serem superados, bem como, melhorias nas condições de trabalho para o Serviço social se consolidar plenamente. (Sujeito D).

Sim, os profissionais da equipe e gestor estão compreendendo melhor as atribuições e competências do assistente social na saúde, assim com os usuários que procuram o serviço social no intuito de garantir seus direitos. (Sujeito E).

Sim. (Sujeito F).

Não, longe de ser e ter seu espaço ocupacional. (Sujeito G).

A partir da contribuição dos sujeitos pode-se perceber que 3 (três) já consideram o Serviço Social consolidado na Política de Saúde, 3 (três) consideram que não está consolidado, porém estão lutando para tal consolidação, elencando os

principais fatores como a estabilidade do (a) assistente social e as condições de trabalho para o exercício profissional; e 1 (um) afirma que o Serviço Social está longe de ter o seu espaço ocupacional consolidado.

É na relação de dever/direito à saúde que o trabalho do (a) assistente social tem se fundamentado e vem se desenvolvendo e, tem se tornado uma prática necessária para a promoção e atenção à saúde. A intervenção do (a) assistente social tem se ampliado, bem como a luta pela consolidação do Serviço Social na Política de Saúde, diante da concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2013).

Assim, entende-se que a saúde é construída a partir de necessidades históricas e socialmente determinada, onde o (a) assistente social a defende como direito de todo cidadão e dever do Estado, propondo-se a contribuir para essa garantia através do fortalecimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2013).

Na atual conjuntura os (as) assistentes sociais têm enfrentado diversos desafios para garantia de direitos, o projeto neoliberal tem favorecido impactos significativos para as políticas públicas e sociais, com destaque na área da saúde, os quais desvirtuam os princípios da Lei Orgânica da Saúde (LOS) instituídos pela Constituição Federal de 1988.

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados para amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2010, p. 23).

Assim, a Política de Saúde nos moldes atuais causa impactos no trabalho do (a) assistente social, onde cada vez mais o profissional desenvolve uma prática fragilizada, precarizada, e não são motivados a serem profissionais interventores e sim apenas amenizadores da situação.

O trabalho do (a) assistente social no campo da saúde relaciona-se com os Conselhos Municipais e Estaduais e, pelo Conselho Federal de Serviço Social, além do Ministério da Saúde pela Resolução n.º 218, de 6 de março de 1997:

[...] a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde. (CFESS, 2010, p. 13).

O (a) assistente social é requisitado tanto pelos seus empregadores quanto pelos (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde, seja para orientar, encaminhar e desenvolver programas e políticas sociais de cunho público ou privado. Assim, o profissional “procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas [...] considerando a particularidade das ações [...] nos programas de saúde bem como na atenção básica, na média e alta complexidade em saúde”. (CFESS, 2010, p. 12).

As atribuições e competências do (a) assistente social são norteadas pelo Código de Ética da Profissão de 1993, que materializou conquistas teóricas e práticas, revelando um universo profissional mais crítico, dialético e reflexivo. O (a) assistente social desenvolve atividades com o objetivo de favorecer a participação da comunidade para atender às necessidades de coparticipação dos (as) usuários (as) no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2013).

Deixado espaço em aberto aos sujeitos da pesquisa para realizar contribuição e também observações, obteve-se:

Em minha opinião, analiso que o Serviço Social é fundamental para o desenvolvimento da política de saúde. Ele contribui para a viabilização do acesso aos direitos da população, orienta e esclarece sobre os diversos assuntos requisitados. O trabalho não é fácil, existe uma grande demanda, mas é gratificante ver que sua intervenção contribuiu para que a população pudesse estar acessando aquilo que lhe é de direito. (Sujeito D).

Direitos sociais podem ser definidos como direitos fundamentais à sociedade para uma vida digna e saudável, como seguridade social, assistência, educação, dentre outros que conformam para a evolução e desenvolvimento do indivíduo. Assim, o (a) assistente social, segundo o seu Código de Ética, deverá trabalhar com o objetivo de consolidação do exercício da cidadania, ou seja, tornar real a efetivação e democratização dos direitos para a população (GENTILLI, 2012).

Para Gentilli (2012), como o (a) assistente social trabalha com as políticas sociais e a viabilização de direitos sociais, sua formação deve assumir as

responsabilidades políticas e sociais que atravessam a profissão, defendendo, para seus pares, o exercício de direitos reclamados para toda a sociedade: liberdade de pensamento e expressão, de escolha entre várias opções, de acesso às informações, enfim, a defesa de direitos que permitam viver plena e dignamente sua vida pessoal e profissional.

Contudo, os direitos sociais devem ser exaustivamente trabalhados na formação do (a) assistente social, haja vista que tais direitos são imprescindíveis para a atuação da categoria, uma vez que estes se materializem por meio das políticas sociais, campo em que o (a) assistente social contribui significativamente no planejamento, na execução e na avaliação.

Portanto, entende-se que os pontos centrais alcançados durante a pesquisa foram que o assistente social que atua na Política de Saúde exerce um serviço de grande relevância na garantia de direitos da população, possibilitando seu acesso, por meio de ações individuais ou coletivas. Confere-se ainda que tal política se apresenta como um campo profícuo de atuação do assistente social, o qual atua diretamente junto às expressões da questão social de forma criativa e propositiva. Para tanto, para alcance deste resultado, exige-se condições adequadas de trabalho, condizentes com a realidade da população atendida.

A seguir serão apresentadas as considerações finais da presente pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo geral conhecer e analisar a configuração do Serviço Social no âmbito de execução da Política de Saúde nos municípios que compõe a Secretária de Saúde do Paraná SESA - 22ª Regional de Saúde de Ivaiporã-PR e, para atingir tal objetivo, foram realizados os seguintes processos: a seleção do referencial teórico, por meio da realização de pesquisa bibliográfica; pesquisa qualitativa e pesquisa social indagando os referidos sujeitos e responder ao objeto de estudo deste trabalho de conclusão de curso.

Por meio da pesquisa bibliográfica foi possível conhecer a contextualização histórica da Política de Saúde no Brasil, sinalizando os principais marcos de desenvolvimento da referida política.

No primeiro capítulo o propósito foi a reflexão sobre o processo histórico de constituição da Política de Saúde no Brasil, fundamentando-se em literatura especializada, por meio de uma contextualização histórica dessa política, delineando temporalmente o recorte da década de 1920 à década de 1980.

Já o objetivo do segundo capítulo foi discutir acerca da trajetória da Política de Saúde no Brasil, apresentando a contextualização após a década de 1990, década esta de desconstrução dos direitos sociais da população, que apresenta características que possibilitaram ampliar a visão para problematização e análise mais profunda da Política de Saúde nos dias atuais. Em um segundo momento, foi apresentada a caracterização e a trajetória da Atenção Básica de Saúde, sendo centralizado na discussão da inserção do (a) assistente social neste âmbito.

O terceiro capítulo apresentar os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa, ressaltado por meio de pesquisa qualitativa na leitura do objeto, bem como etapas procedimentais, instrumentos de coleta de dados, critério de seleção das instituições, finalizando com uma análise dos dados coletados, acompanhados de algumas considerações referentes a pesquisa realizada e sobre o trabalho do (a) assistente social na Política de Saúde.

O tema proposto ainda é pouco discutido no campo do conhecimento dos (as) profissionais, porém encontra-se um rico material científico. Vê-se que o material sobre a temática é produzido, mas não é discutido até mesmo entre os próprios sujeitos da pesquisa, os quais em nenhum momento citaram parâmetros de

atuação ou fundamentação teórica/técnica disponibilizadas pelo CFESS e pelo Estado.

A utilização das normativas da profissão foi de grande valia para esta pesquisa, uma vez que o Código de Ética, as resoluções e publicações do conjunto CFESS/CRESS e os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde apresentam princípios que possibilitaram afirmar as garantias de direitos aos usuários da política, para que estes sejam tratados de forma digna e com respeito.

No que se refere ao questionário composto por questões do tipo aberta, fechada e de múltipla escolha, foi à alternativa mais viável para a coleta de dados, no qual os (as) profissionais tinham mais chances de expor sobre o desenvolvimento do seu exercício profissional, onde foi dado aos sujeitos pesquisados 20 (vinte) dias para que realizassem o retorno.

Observa-se que as informações obtidas poderão contribuir para a construção de conhecimento sobre o assunto, possibilitando que alunos do curso de bacharel em Serviço Social e demais profissionais aprofundem os estudos.

Como resultado da pesquisa aponta-se que o Serviço Social na saúde se configura tanto nos atendimentos individuais quanto com as famílias realizando acompanhamento e garantindo os direitos de todos, conforme a Política de Saúde, e a Constituição Federal de 1988. Outro resultado alcançado demonstra que a carga horária semanal desempenhada na Política de Saúde pelos sujeitos da pesquisa é insuficiente para o desenvolvimento dos quatro eixos existentes nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, pois os profissionais atuam de forma compartilhada com outra política em seus respectivos municípios.

Ainda sobre os resultados obtidos diz respeito à falta de condições adequadas para o desenvolvimento do seu trabalho, o que garantiria e manteria o trabalho com nível satisfatório de qualidade. Assim, foram registradas pelos (as) profissionais problemas relacionados à falta de estrutura para os atendimentos, como salas para garantir o sigilo, falta de recursos dentro da instituição, indisponibilidade do carro para realização de visitas domiciliares e demais deslocamentos.

Conclui-se que o trabalho foi de suma importância para as acadêmicas, pois possibilitou conhecer um campo específico sócio-ocupacional de atuação do (a) assistente social e para produzir conhecimento para a sociedade acadêmica.

Nesta perspectiva, nota-se que os materiais, as normativas e as resoluções existentes são suficientes para respaldar a atuação do (a) assistente social na Política de Saúde, mas precisam ser apropriados de forma mais aprofundada pelos (as) profissionais no sentido de dar o suporte necessário à atuação profissional para que seja realizado atendimento de qualidade. No entanto, se faz necessário maior publicização do trabalho do (a) assistente social na Política de Saúde, e que a partir destas ações, o profissional ganhe o reconhecimento do seu trabalho na instituição e na sociedade.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Marina Maciel. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, ano XXIV, n. 79, p. 43-71, set./2004.
- AGUIAR, Zenaide Neto. *et al.* **SUS**: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Mantinari, 2015.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JR., Tomaz. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. *In*: **Revista Panamericana de Salud Publica** [online], v. 8, n. 1, p. 85-91, 2000.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio Bezerra. A atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Org). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006, p. 783-836.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In*: MATTA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). **Políticas de Saúde**: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 29-60.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BOSCHETTI, Ivanete. Condições de trabalho e a luta dos(as) assistentes sociais pela jornada semanal de 30 horas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 107, set./2011.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 jul. 2019.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.html. Acesso em 12 jul. 2019.
- BRASIL. **Documento orientador de apoio aos debates**. 16ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2019. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento_Orientador_Aprovado.pdf. Acesso em: 01 out. 2019.
- BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990 a. Seção 1. Disponível em: <http://www.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Góes de. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

BRAVO, Maria Inês Souza. Conselhos de saúde e serviço social: luta política e trabalho profissional. *In: Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em política Social*. Brasília: UnB, n. 10, p. 57-92, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; RJ: UERJ, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. *In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

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

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COHN, Amélia. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. *In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços*. 5. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003. p. 11-55.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Assistentes sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília: CFESS, 2005. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf. Acesso em: 29 set. 2019

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Política de educação permanente do conjunto CFESS-CRESS**. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/BROCHURACFESS_POL-EDUCACAO-PERMANENTE.pdf. Acesso em: 29 set. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais. Acesso em: 12 jul. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional de Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Regulamentação da profissão de Assistente Social. **Lei nº. 8662, de 7 de junho de 1993**. Brasília, DF, 1993.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

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

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. 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. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FAUSTO, Maria Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, Marcia Valéria Guimarães Cardoso; CORBO, Anamaria D'Andrea. (Org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 43-67.

FERNANDES, Neide Aparecida. **Sigilo e ética do/a assistente social**. São Paulo: Cortez, 2018.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. Formação profissional, ética e cidadania. *In*: BONETTI, Dilséa A. *et al.* **Serviço social e ética**: convite a uma nova práxis. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

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

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GUERRA, Yolanda, A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. *In*: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). **A dimensão técnico-operativa no serviço Social: desafios contemporâneos**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Os espaços sócio ocupacionais do assistente social. *In*: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 341-375.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

JUNIOR, João Baptista Risi; NOGUEIRA, Roberto Passos. (Coord.). As condições de saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. *In*: LAURELL, Asa Cristina. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 151-179.

LIMA, Ana Lúcia Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, p. 1037-1051, 2003.

LIMA, Eliane Maria Araujo Souza; SILVA, Simone Pinheiro dos Santos; PEREIRA, Chirlene Oliveira de Jesus. Análise sobre a inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família no Recôncavo da Bahia. *In*: Simpósio Mineiro de assistentes sociais, 3, 2013, Belo Horizonte. **Anais** [...]. Belo Horizonte, 2013. p. 5-6.

MENDES, Eugênio Vilaça. O papel da atenção primária à saúde (APS) na operacionalização das Redes de Atenção à Saúde. *In*: BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

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

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p.11-24, jan./mar. 2018.

OMS. **Primary health care**: Geneva, WHO. 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em: 10 fev.

2019.

PAIM, Jairnilson *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf. Acesso em: 29 out. 2018.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** 2001. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf. Acesso em: 29 out. 2018.

RAICHELIS, Raquel. Serviço Social: trabalho e profissão na trama do capitalismo contemporâneo. *In:* RAICHELIS, Raquel; VICENTE, Damares; ALBUQUERQUE, Valeria. **A nova morfologia do trabalho no serviço social.** São Paulo: Cortez, 2018. p. 25-65.

RAICHELIS, Raquel. O Assistente Social como Trabalhador Assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. *In:* **Rev. Serviço Social e Sociedade**, n.107. São Paulo: Cortez, 2011.

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.

SARRETA, Fernanda de Oliveira; BERTANI, Iris Fenner. A construção do trabalho em equipe do Serviço Social no SUS de Franca/SP. **Interdisciplinaridade: integração entre saberes e práticas.** Franca: UNESP, 2006, p. 55 -78.

SOUSA, Charles Toniolo. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Revista Emancipação**, v. 8, n. 1, Ponta Grossa: UEPG, 2008.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária: em busca de uma teoria.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 17-45.

TORRES, Mabel Mascarenhas *et al.* O trabalho do assistente social nas políticas públicas: desafios cotidianos. *In:* VII Jornada Internacional Políticas Públicas, 7, 2015, São Luís. **Anais [...].** São Luís: UFMA, 2015. p. 1-16.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. *In:* SANTOS, Cláudia Mônica dos, BACKX, Sheila e GUERRA, Yolanda. **A Dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos.** Juiz de Fora: CAPES/Editora UFRJ, 2012, p. 69-102.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. Desvendando as determinações sócio históricas do instrumental técnico operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. **Temporalis**, Rio de Janeiro, ano III, n. 4, 2002.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O sistema único de saúde. *In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531- 562.*

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário

Caro (a) Assistente Social

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “**Reflexões referentes ao Serviço Social**” na atenção básica de saúde nos municípios pertencentes à **22ª regional de saúde - Ivaiporã-Pr**, realizada pelas acadêmicas do curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá – UEM, Campus Regional do Vale do Ivaí: Amanda Silva de Oliveira e Tainara Kürten Carvalho, sob a orientação da professora Claudiana Tavares da Silva Sgorlon. O objetivo desta pesquisa é conhecer e analisar a configuração do Serviço Social no âmbito de execução da Política de Saúde nos municípios que compõe a Secretaria de Saúde do Paraná- SESA da 22º Regional de Saúde - Ivaiporã-Pr.

Sua contribuição agregará para composição do conteúdo do referido trabalho e para a reflexão proposta. Dessa forma, solicita-se que seja respondido o questionário em anexo, que está estruturado por questões tipo abertas, fechadas, e de múltipla escolha. Buscando a garantia da privacidade e do sigilo, a sua identidade será preservada a todo o momento, não sendo divulgada sob qualquer hipótese. Para se referir aos sujeitos pesquisados serão utilizados nomes e lugares fictícios para produzir o relatório final e posteriormente socialização na monografia.

Esclarece-se ainda que sua participação é de caráter voluntário, podendo você desistir a qualquer momento, se assim o desejar.

Desde já agradecemos sua atenção!

EIXO 1 – PERFIL PROFISSIONAL

1. Gênero: () Feminino () Masculino () Outro_____

2. Idade:

() 20 – 29 anos

() 30 – 39 anos

() 40 – 49 anos

() 50 -59 anos

() 60 anos ou mais

3. Formação Profissional:

() Graduação

() Especialização/MBA em andamento. Qual? _____

() Especialização/MBA concluído. Qual? _____

- () Mestrado em andamento. Qual? _____
- () Mestrado concluído. Qual? _____
- () Doutorado em andamento. Qual? _____
- () Doutorado concluído. Qual? _____

4. Ano da colação de grau do curso de Serviço Social: _____

5. Instituição de formação: _____
() Pública () Privada

6. Função exercida na instituição: _____

7. Forma de ingresso na instituição:
- () Concurso Público
 - () Cargo de Confiança
 - () Contrato Temporário, por processo seletivo
 - () Chamamento Público
 - () Voluntário
 - () Outra: _____

8. Carga horária de trabalho semanal:
- () 20h
 - () 30h
 - () 40h
- Outra. Qual? _____

9. Quanto tempo desempenha o seu trabalho nessa instituição/função:
- () Menos de um ano
 - () De 1 a 3 anos
 - () De 4 a 6 anos
 - () De 6 a 10 anos
 - () Mais de 10 anos

Eixo 2 – Quanto ao trabalho desempenhado

10. Condição de trabalho na instituição: referente ao sigilo profissional
() Muito Satisfatória () Satisfatória () Pouco Satisfatória () Não Satisfatória

11. Condição de trabalho na instituição: referente à autonomia profissional
() Muito Satisfatória () Satisfatória () Pouco Satisfatória () Não Satisfatória

12- Como o trabalho profissional do (a) assistente social se configura/desenvolve neste espaço sócio ocupacional?

13- Você avalia que possui condições de trabalho condigna para garantir a qualidade do exercício profissional (estrutura física, transporte, recursos, etc.).

- () Sim
() Não
() Insatisfatoriamente

Justifique:

Eixo 3 – Quanto às perspectivas de melhorias do trabalho profissional

14 - Os profissionais da 22ª Regional de Saúde são incentivados ao aprimoramento profissional?

- () Sim
() Não
() Insatisfatoriamente

Justifique:

15 - Você identifica algum desafio profissional no seu cotidiano de trabalho?
Justifique:

OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) senhor (a)

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “**Reflexões referentes ao Serviço Social na atenção básica de saúde nos municípios pertencentes à 22ª regional de saúde - Ivaiporã-Pr**” realizada pelas acadêmicas do 4ª Ano de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Estadual de Maringá – UEM, Campus Regional do Vale do Ivaí: Amanda Silva de Oliveira e Tainara Kürten Carvalho, sob a orientação da professora Claudiana Tavares da Silva Sgorlon. O objetivo desta pesquisa é conhecer e analisar a configuração do Serviço Social no âmbito de execução da Política de Saúde nos municípios que compõe a Secretaria de Saúde do Paraná- SESA da 22ª Regional de Saúde - Ivaiporã-Pr. Para que o objetivo proposto fosse alcançado, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer sobre o processo histórico de constituição da Política de Saúde no Brasil e a inserção do assistente social neste espaço socioocupacional;
- Compreender sobre a estruturação da Política de Saúde após a década de 1990 até os dias atuais;
- Evidenciar as configurações do Serviço Social no âmbito de execução da política de saúde nos municípios que compõem a SESA - 22ª Regional de Saúde-Ivaiporã-Pr.

Sua participação na pesquisa é importante e ela se dará da seguinte forma: contribuição nas informações a partir do questionário formulado com questões tipo abertas, fechadas, e de múltipla escolha. O questionário será enviado por e-mail, com um prévio contato, sendo solicitada a participação e autorização a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Buscando a garantia da privacidade e do sigilo, a identidade dos entrevistados será preservada. Logo, utiliza-se de nomes fictícios para abordar aos referidos sujeitos da pesquisa, para a produção do relatório final da pesquisa que será socializada por meio da monografia.

Sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se de participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins da pesquisa e que o(a) senhor(a) não pegará nem será remunerado(a) por sua participação.

Caso você tenha dúvida ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar por meio dos seguintes fones e e-mails: (43) 99650 – 4692 (Amanda), e-mail oliveiraamanda0410@gmail.com; ou (43) 99622 – 9007 (Tainara) e-mail tainarakurtencarvalho@gmail.com. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor.

Eu _____, tendo sido devidamente esclarecido (a) sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura e carimbo (ou impressão dactiloscópica) do sujeito da pesquisa

Local: _____ Data: _____ de _____ de 2019.