UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TATIELY CAMILLE DOS SANTOS

A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PARANÁ

FLORIANÓPOLIS
2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

TATIELY CAMILLE DOS SANTOS

A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PARANÁ

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Profª Drª Regina Célia Tamaso Mioto

FLORIANÓPOLIS
2010

TATIELY CAMILLE DOS SANTOS

A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PARANÁ

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Profª Drª Regina Célia Tamaso Mioto

_____
Profº Drº Hélder Boska de Moraes Sarmento
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª Drª Regina Célia Tamaso Mioto
Departamento de Serviço Social, UFSC
Orientadora

_____
Profª Drª. Daniela Lemos Carcereri
Departamento de Odontologia, UFSC
Membro

_____
Profª Drª Vera Maria Nogueira
Universidade Católica de Pelotas, UCPEL
Membro

_____
Prof° Dr° Hélder Boska de Moraes Sarmento
Departamento de Serviço Social, UFSC
Suplente

A Deus pela presença constante ao meu lado. Nos momentos em que mais precisei eram suas mãos que me transmitiam forças.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer três pessoas especiais, que acreditaram em mim nos momentos em que eu mesma já não tinha mais esperanças. Minha querida mãe, Iara, meu esposo, Murilo e minha orientadora Regina.

Ao meu amado filho, Gabriel. Tenho a certeza que compreenderá os momentos que não estive presente para acompanhar parte de seu crescimento.

Aos meus familiares, em especial a minha cunhada, Tatiana, que me ajudou na transcrição e digitação das entrevistas. E também nos vários momentos que precisei da sua ajuda, principalmente, para ficar com meu anjinho. Sou imensamente grata.

Ao meu cunhado, Maurício, e concunhada, Tabata, pelo incentivo de sempre.

Em especial ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFSC pela oportunidade de compartilhar nossos conhecimentos.

Aos professores que fizeram parte dessa história: Ivete Simionatto, Beatriz Augusto de Paiva, Raul Burgos, Regina Célia Tamaso Mioto e Vera Maria Nogueira.

Aos colegas de turma: Franciele, Luiza, Gustavo, Ismael, em especial Elaine e Mariléia, pelos momentos de compartilhamento de incertezas, alegrias, de companhia, enfim, pelo tempo que estivemos juntos.

As professoras Drª Daniela Lemos Carcereri, Drª Vera Maria Nogueira e o Dr° Hélder Boska de Moraes Sarmento, por aceitarem o convite de participar da banca e por contribuírem com seus conhecimentos para o aprimoramento deste trabalho.

Aos profissionais - assistentes sociais, e a diretoria de Serviço Social da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa-PR que colaboraram com essa pesquisa.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para que hoje este trabalho fosse finalizado.

"... é na história da sociedade, na prática social que se encontra a fonte dos nossos problemas e a chave de suas soluções" (Iamamoto, 1993, p. 102).

RESUMO

Neste estudo objetivou-se apreender como as ações profissionais dos assistentes sociais vêm contribuindo para a construção da integralidade na estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa. Para isso definiu-se os seguintes objetivos específicos: investigar como se dá a inserção dos assistentes sociais na estratégia Saúde da Família; identificar as ações profissionais dos assistentes sociais na ESF; apresentar o entendimento dos profissionais sobre a integralidade, a promoção da saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade na atenção à saúde; e pontuar as dificuldades e facilidades do trabalho do assistente social neste novo espaço sócio-ocupacional. No Brasil a atenção básica de saúde, por meio da estratégia Saúde da Família, tem por objetivo reorganizar o sistema de saúde baseado nos princípios e diretrizes definidos no SUS. A adoção do conceito ampliado de saúde e seus determinantes possibilitaram ainda a ampliação sócio-ocupacional do assistente social, uma vez que as condições de saúde são entendidas a partir da sua co-relação com as condições gerais de vida da população. Essa perspectiva tem contribuído para o debate em torno da necessidade da integralidade na atenção. A pesquisa foi de cunho qualitativo e reuniu as sete assistentes sociais que pertenciam as Equipes de Saúde da Família. Mediante entrevista semi-estrutura constatou-se que os sujeitos de pesquisa foram contratados através de teste seletivo para outras áreas de atuação e foram redimensionadas para o PSF, por volta da década de 90. A ESF se diferencia dos demais setores da saúde pela importância atribuída à adstrição da clientela e a territorialização, a programação e o planejamento descentralizado, a integralidade da assistência, a abordagem multiprofissional, o estímulo à ação intersetorial, a participação e ao controle social, o trabalho de mobilização, assim como a educação permanente dos profissionais das equipes de saúde. Percebeu-se que a temática da família enquanto principal eixo de atuação da ESF ainda vem apresentando à necessidade de debate entre os profissionais da equipe multiprofissional, inclusive os próprios assistentes sociais, pois durante a pesquisa não houve nenhuma referência as transformações da família contemporânea. Os profissionais demonstraram-se atualizados e comprometidos frente às temáticas da promoção da saúde, integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Porém, apesar do discurso competente quanto a elas, ainda há um desafio a ser vencido na prática, pois a integralidade implica ações interdisciplinares e intersetoriais, o que pressupõe a união de esforços e conhecimentos em torno de um objetivo comum. Cabe

ressaltar que nesse caminho existem interesses contrários que dificultam uma política voltada para ações integrais, logo para a garantia e efetivação de direitos. O SUS tem sido marcado por uma série de dificuldades na organização dos serviços e nos processos de trabalho. A realidade pesquisada não é diferente apresentando dificuldades de recursos físicos e humanos e pouco comprometimento político para o atendimento integral e de qualidade. Quanto às ações profissionais destacam-se às ações de planejamento e aquelas com vistas ao controle social que vem ganhando espaço no debate profissional. Entretanto, na prática, desconhece-se o caráter ídeo-político dessas ações que são capazes de reverter à ideia de que os assistentes sociais são apenas 'executores de políticas sociais'. Reitera-se ainda a importância da perspectiva crítica e das categorias como totalidade, mediação, historicidade e dialética para a compreensão dos problemas da comunidade e execução das ações profissionais, bem como do conhecimento como orientador da prática. Dentre as facilidades têm-se o entrosamento da equipe e as parcerias com a comunidade e outros serviços. Logo, para dar conta desse desafio se aposta na perspectiva em torno da integralidade da atenção, assim como da participação do Assistente Social na ESF, que vem se constituindo como uma bandeira de luta, uma vez que postula a defesa por certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas como um conjunto de valores pelos quais valem lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família, Integralidade, Serviço Social, Ação Profissional.

ABSTRACT

This work aims at observing how the professional actions of social workers contribute for constructing the integrality of Family Health Strategy in Ponta Grossa. For that, the following objectives were established: to investigate how the social workers are inserted in the strategy of Family Health; to identify the professional actions of the social workers in the ESF; to present the understanding of the professionals about integrality, promotion of health, interdisciplinarity and intersectoriality in health assistance; and to highlight the hard and the easy points of social work in this new socio-occupational space. In Brazil, basic health assistance, through Family Health Strategy, has as its objective to reorganize the health system based on the principles defined by SUS. The adoption of the more abrangent concept of health and its determinants made the social worker more socio-occupationally active, since health conditions are understood from its relation with the general life conditions of the population. This perspective contributes to the debate about the need of integrality in such context. This research has been conducted qualitatively and put together the seven social workers that belonged to the Family Health Teams. In a semi-structured interview, it was discovered that the research subjects were hired for other positions than the Family Health Teams, and were then reassigned to such teams in the 1990's. The Family Health Strategy differs from other sectors of public health because of the importance attributed to the maintenance of clients and territoriality, to the decentralized programming and planning, to the integrality of the assistance, to the multi-professional approach, to the stimulus to intersectorial action, to the participation and social control, to the mobilization work, and also to the permanent education of the professionals in health teams. We noticed that the family as the main concern of the Family Health Strategy still needs to be discussed by the professionals in the multiprofessional team, including social workers, because during the research there was no reference to the transformations that happened in the contemporary family. The professionals were updated and commited to the promotion of health themes, integrality, interdisciplinarity and intersectoriality. However, despite the competent discourse about such issues, there is still a challenge to be undertaken, since integrality demand interdiciplinar and intersectorial actions, what requires combined knowledge and effort for a common objective. It is important to highlight that there are opposed interests that complicate the process of having a politics for integral actions, what would guarantee and put

those rights into effect. The SUS is marked by a series of problems in the organization of the services and the process of work. The reality researched also had problems, some with physical and human resources, and some with the lack of political commitment to an integral and qualified assistance. On what concerns the professional actions, we highlight two actions that are gaining terrain in the professional debate: the planning and the social control actions. However, in practice, the ideological and political characters of those actions are unknown, even though they can reverse the idea that the social workers are only executors of social politics. Knowledge orienting practice, a critical perspective and the categories as totality, mediation, historicity and dialectic, are important aspects for the comprehension of the problem of the community and for the execution of the professional actions. Other aspects that positively contribute to such context are the harmony of the teams and partnerships with the community and other services. To solve the problems mentioned it is important to consider the perspective of integrality and the participation of the social worker in the Family Health Strategy. Such struggle is essential since it defends certain characteristics of the health system, its institutions, and its practices as a group of values worth struggling for because of its relation to a more just society.

Key Words: Family Health Strategy, Integrality, Social Work, Professional Action

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Ações Integradas em Saúde
CAP's - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBCISS - Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais
CFESS - Conselho Federal do Serviço Social
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
CONASP - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
IAP's - Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LOS - Lei Orgânica da Saúde
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social
MDM – Metas de Desenvolvimento do Milênio
NOB - Normas Operacional Básica
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNS – Plano Nacional de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SUDS - Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UEPG - Universidade Estadual de Ponta Grossa
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Valores, princípios e elementos da atenção primária a saúde 120

FIGURA 2 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família BRASIL - 1998 - AGOSTO/2009 127

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 15

CAPÍTULO 1 24
1.1 O debate internacional em torno da atenção primária à saúde e sua repercussão no sistema de saúde brasileiro 24
2. Os caminhos da Política de Saúde no Brasil..... 44
2.1 A luta pela Reforma Sanitária no Brasil 51
2.2.1 O Sistema Único de Saúde 54

CAPÍTULO 2 63
2.1 Breve contextualização do Serviço Social na saúde 63
2.2 Serviço Social e o Projeto Ético-Pólitico da profissão 68
2.3 Ação profissional do Serviço Social no SUS 72
2.4 O desafio da construção/implementação da integralidade e a perspectiva da intersetorialidade..... 91
2.4.1 O Serviço Social e o debate em torno da Integralidade..... 108

CAPÍTULO 3 118
3.1 Estratégia Saúde da Família..... 118
3.1.1 A Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa..... 129
3.2 Do conteúdo teórico as respectivas práticas 132
3.2.1 A inserção dos assistentes sociais na atenção básica de saúde 133
3.2.2 O papel do assistente social na Unidade de Saúde da Família 138
3.2.3. O entendimento e a prática profissional dos assistentes sociais em torno da integralidade 143
3.2.4 As ações profissionais realizadas na estratégia Saúde da Família 154
3.2.5 A ação profissional do assistente social com vistas ao Controle Social..... 157
3.2.6 A importância do conhecimento para o exercício profissional 163
3.2.7 Dificuldades e facilidades no processo de trabalho do assistente social 168

CONSIDERAÇÕES FINAIS 172

REFERÊNCIAS 180

ANEXO 188

INTRODUÇÃO

Através do debate internacional a atenção primária à saúde adentra no cenário nacional e passa a constituir-se como uma estratégia de reorganização do sistema de saúde. É com a realização da Assembléia Mundial de Saúde, em 1977, que o conceito de atenção primária ganha forças e se efetiva como a principal estratégia para obtenção da meta "Saúde para todos no ano 2000" e que teve como consequência a elaboração da Declaração de Alma Ata, em 1978. A Conferência sobre Cuidados Primários a Saúde constituiu-se como um marco para a saúde pública ao definir a atenção primária à saúde como meio para alcançar a meta estabelecida.

A Declaração de Alma Ata defendia ainda um conceito ampliado de saúde em concomitância ao conceito definido pela OMS compreendendo-o como um completo estado de bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, gerando mudanças nos diversos modelos de atenção à saúde em vários países. No entanto, esse conceito será fortemente questionado, sobretudo, pelo Movimento a favor da Reforma Sanitária no Brasil. Este questionamento ocorre principalmente das críticas a uma perfeição, aparentemente, 'inatingível' entre os três elementos que resgata a proposta do subjetivismo, em que o que é bom para uma determinada pessoa pode não ser para outra; logo, coloca-se em xeque a unilateralidade do conceito definido pela OMS (FERRAZ; SEGRE, 2009).

No marco das influências internacionais tem-se ainda, em meados dos anos 1980, o início do movimento em torno da perspectiva da promoção da saúde, por meio da divulgação do Relatório Lalonde, qual buscava o enfrentamento dos altos custos que a saúde vinha apresentando, e do Relatório Epp que possuía estreita relação com os princípios defendidos na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida no Canadá, em 1986, resultando na Carta de Otawa. De maneira geral, essa Conferência consolidou a ideia de que para se produzir saúde dever-se-ia atuar sobre os determinantes sociais e não apenas na cura das doenças e a necessidade do envolvimento de políticas públicas integradas e intersetoriais, com a participação da comunidade.

Dentre os acontecimentos tem-se uma série de Conferências Internacionais sobre a promoção da saúde, destacando-se: I Conferência Internacional sobre a Promoção a Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, no ano de 1986, a II Conferência Internacional sobre a

Promoção a Saúde, em 1988, realizada em Adelaide, a III Conferência Internacional sobre a Promoção a Saúde, em 1991, realizada em Sundsvall, a IV Conferência Internacional sobre a Promoção a Saúde, realizada em Jacarta, em 1997. Têm-se também as conferências regionais e entre elas destacam-se a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas, ocorrida no ano de 1992, na Colômbia, e a I Conferência sobre a Promoção da Saúde do Caribe, em 1993, ocorrida em Trinidad e Tobago. Ainda no âmbito da promoção da saúde tem-se a V Conferência ocorrida no México, no ano 2000 (OPAS, 2009).

Nessas conferências referentes à promoção da saúde foram abordados diversos temas, dentre os quais se destacam: atuação sobre os determinantes sociais da saúde, a necessidade do envolvimento de políticas públicas integradas e intersetoriais sob a participação da comunidade (apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool), a preocupação com a equidade na saúde e a necessidade de superação das desigualdades no acesso a bens e serviços, a interdependência entre saúde e ambiente, criação de ambiente favorável na dimensão social, política e econômica, ação da comunidade e compromisso dos envolvidos no enfrentamento dos determinantes da saúde definidos como pré-requisitos para a saúde (paz, abrigo, educação, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direto a voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade), responsabilidade pública, privada e da sociedade em geral no âmbito das políticas públicas de promoção da saúde, a importância de programas e políticas governamentais no nível local, regional, nacional e internacional e a criação de condições que garantissem o bem-estar na perspectiva do desenvolvimento social e econômico da América Latina (OPAS, 2009). No entanto, nessa época, no âmbito nacional a política de saúde vinha passando por um momento de ambiguidade: ora na defesa pela medicina curativa, ora na defesa da medicina preventiva.

Atualmente, diante dos inúmeros avanços que a política de saúde brasileira alcançou através do SUS, é inegável a forte influência que o modelo flexneriano[1] tem exercido na condução de seu destino.

---

[1] O modelo flexneriano expressa um modelo de atenção à saúde, voltado à assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia. Ficou conhecido como medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano, pois buscou homenagear Abrahan Flexner, pelo relatório divulgado em 1911. Este fundamentou a reforma das faculdades de medicina dos EUA e do

Esta influência se reflete e se reproduz tanto nos modos de formulação da gestão como nas práticas profissionais, dificultando o processo de implantação e consolidação do SUS. Esse contexto, ao mesmo tempo revela a presença de interesses antagônicos e tem desencadeado intensos debates. Estes estão referidos tanto ao SUS, enquanto uma política pública pautada nos princípios da universalidade, da equidade, integralidade, participação da população e do dever do Estado, como nas dificuldades de construção de modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que se constituiu como a base do processo de proposição do próprio SUS (BALESTRIN; BARROS, 2008; MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

A partir da década de 1990, o processo de implantação do SUS, norteado pela concepção de saúde como direito social e assegurado pelo Estado, é fortemente impactado pela ideologia neoliberal que trata a saúde como bem de mercado. Esta ideologia, construída no bojo da crise do capitalismo mundial, passa a impor uma reversão nos caminhos da política social brasileira com a redução do Estado e a desregulação dos mercados. Nessa perspectiva privilegia-se a assistência a saúde através de planos e seguros privados e prevê para o Estado o atendimento de apenas uma parcela da população. Isto é, os recursos "escassos" do Estado devem ser direcionados apenas aos pobres, opondo-se a universalização dos serviços de saúde e outra vez priorizando ações curativas.

A redução do Estado e a desregulação dos mercados criaram condições adversas a qualquer ação que se dedicasse a melhorar as condições de saúde através dos determinantes sociais da saúde. A década de 1990 destacou-se pelo incentivo dos organismos internacionais financiadores, de programas pontuais dirigidos a imunizações, vigilância à saúde, por meio da promoção às doenças infecto contagiosas e DST/AIDS e programas nutricionais voltados especificamente ao atendimento à criança'.

É nesse cenário que o Brasil, através do Ministério da Saúde, adota a perspectiva da Saúde da Família, cujo objetivo era investir na atenção básica e racionalizar custos com os atendimentos de alta complexidade, na ótica do Estado mínimo. Precisamente no ano de 1994 surge o Programa Saúde da Família, que dado aos intensos debates e a

---

Canadá e sua concepção colaborou para estruturar a assistência médica previdenciária na década de 1940 e 1950 e a organização dos hospitais em geral (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2009).

resistência organizada no setor saúde, principalmente de militantes da Reforma Sanitária, mais tarde é tomado como uma estratégia de organização do sistema e assumida, em 2006, no campo da Política Nacional de Atenção Básica. Estratégia, pois sua intervenção distinguia-se de uma intervenção vertical, paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, possibilitava a integração do setor saúde, organizando suas atividades em território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p.8).

Segundo Dal Poz e Viana (2009), a história do PSF é pautada em experiências com práticas de saúde com agentes comunitários de saúde, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará. De acordo com as autoras, existem três variáveis importantes do PACS que o situa como antecessor do PSF e que constituem a essência de sua intervenção, são elas: o enfoque na família e não somente no indivíduo; a intervenção ativa sobre a demanda, agindo preventivamente sobre ela, e não esperando sua chegada para intervenção; e às concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica.

Franco e Merhy (2008) apontam que esta nova lógica de saúde permite que a atenção seja centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. Nesse sentido, entende-se que a estratégia Saúde da Família tem possibilitado novas práticas de saúde baseadas na interdisciplinaridade, na intersetorialidade e na participação popular, com vistas à na integralidade.

Atualmente a integralidade vem sendo objeto de debate, não somente quanto a sua definição, mas principalmente, pela busca de sua efetivação. Diversos autores vêm discutindo os sentidos atribuídos a integralidade, dentre eles pode-se destacar Mattos (2009), Mascarenhas e Silva Júnior (2004), Cecílio (2009), Mioto e Nogueira (2006), e Assumpção (2007) que traz, especificamente, as contribuições que o Serviço Social vem desenvolvendo na perspectiva da integralidade.

De maneira geral, pode-se destacar que o debate sobre a integralidade gira em torno dos diversos temas que já foram discutidos nas conferências de promoção da saúde, como a atuação sobre os determinantes sociais da saúde na sua dimensão política e econômica, a

necessidade de políticas públicas integradas e intersetoriais com participação da comunidade na definição dessas políticas, como também no seu controle, compromisso de todos os envolvidos, seja do poder público, dos profissionais e ou da sociedade em geral, mudanças nos processos de trabalho e organização dos serviços com vistas para a perspectiva do acolhimento, do vínculo/responsabilização, a qualidade da atenção, a humanização dos serviços, o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Temas que também vem sendo reiterados atualmente no PACTO PELA SAÚDE, definido pelo Ministério da Saúde juntamente com os secretários de saúde de estados e municípios.

Nesse sentido, a integralidade na saúde pressupõe a vinculação ou articulação das ações na promoção, na prevenção, na assistência e na recuperação da saúde. Percebe-se que ela vem embasada na concepção ampliada de saúde que tem como determinantes as condições sociais de vida e de trabalho a que as pessoas estão expostas ao longo do tempo, isto é, as condições de saúde derivam de uma multiplicidade de fatores que intervém no processo saúde-doença. Assim, requerem ações nos mais variados setores, dos diferentes conhecimentos com vistas à melhoria das condições de vida, e consequentemente de saúde da população. Mattos (2009) afirma ainda que a integralidade constitui-se como uma 'bandeira de luta', uma vez que postula a defesa por certas características do sistema de saúde, de suas instituições, bem como de suas práticas, como um conjunto de valores pelos quais valem lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

A adoção da integralidade nas ações pressupõe a compreensão do novo paradigma da saúde, o da produção social da saúde. Assim, de acordo com Laurell (1983) o processo saúde-doença caracteriza-se como um processo social, uma vez que é constituído pelas relações dos homens com a natureza, através do meio ambiente, do território, bem como da relação com os outros, mediante o trabalho, as relações sociais, culturais e políticas, num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico. De tal modo, a definição de saúde proposta pelo SUS traz implícita essa compreensão e demonstra a necessidade de novos conhecimentos e novas práticas sociais e sanitárias na busca pela superação das práticas até então constituídas nos serviços. Daí decorre a importância do aprimoramento intelectual, de novos conhecimentos gerando novas práticas.

Em meio aos entraves postos ao SUS constitucional e às proposições da Reforma Sanitária brasileira é que os assistentes sociais vêm compartilhando seus princípios ético-políticos de acordo com os princípios que dão sustentação a Reforma Sanitária na busca pela

construção de uma sociedade radicalmente nova, democrática, republicana e solidária.

Nesse cenário propõe-se pesquisar de que maneira a ação profissional do assistente social vem contribuindo para a construção da integralidade na estratégia Saúde da Família, uma vez que a atenção básica constitui-se como porta de entrada preferencial do SUS. Segundo o Ministério da Saúde (2009), a proximidade das Unidades de Saúde da Família da comunidade permite intervenção dos profissionais na prestação da assistência integral, permanente e de qualidade; a realização de atividades de educação e promoção da saúde; o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; o estímulo da organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; e a atuação intersetorial em situações que transcendam a especificidade do setor saúde e que tem efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde.

O interesse pelo tema de pesquisa apresentado, as contribuições da ação profissional do serviço social para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família, advém principalmente da experiência profissional nesse espaço sócio-ocupacional. Esse espaço sócio-ocupacional, bem como o debate em torno da perspectiva da integralidade têm se mostrado recente, apontando a necessidade de sua discussão, seja no âmbito da saúde e/ou do Serviço Social.

A fim de aprofundar o debate nessa direção definiram-se como *lócus* da pesquisa às equipes de Saúde da Família que continham o Assistente Social no seu quadro funcional, no município de Ponta Grossa, na atenção básica de saúde. Esta escolha incide da necessidade de aprofundamento do tema da integralidade nas ações, nas Unidades de Saúde da Família e pelo fato de existirem poucos estudos nessa temática, principalmente no âmbito do Serviço Social.

Busca-se com esse estudo, trazer algumas contribuições para a prática profissional dos assistentes sociais e para a consolidação desse novo espaço sócio-ocupacional, seja por meio do debate teórico proposto, como pela compreensão e prática dos profissionais quanto à temática da integralidade.

Para investigar de que maneira a ação profissional do Assistente Social vem contribuindo para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. Para isso, definiram-se os seguintes objetivos específicos: investigar como se dá a inserção dos assistentes sociais na estratégia Saúde da Família; identificar as ações profissionais dos assistentes sociais na ESF; apresentar o entendimento dos

profissionais sobre a integralidade, a promoção da saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade na atenção à saúde; e pontuar as dificuldades e facilidades do trabalho do assistente social neste novo espaço sócio-ocupacional.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa utilizou-se a abordagem qualitativa, partindo do entendimento que ela responde mais adequadamente aos objetivos desse trabalho. Deste modo, a pesquisa qualitativa para Minayo (1996, p. 21-22) "[...] se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. [...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis".

No tocante, nas técnicas de coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada uma vez que a mesma valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o pesquisado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, proporcionando assim o enriquecimento da investigação (TRIVIÑHOS, 1987). Faz-se necessário esclarecer que as entrevistas foram gravadas e transcritas a fim de obter maior segurança para os envolvidos, assim como foi requisitado aos sujeitos da pesquisa ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas com as sete assistentes sociais inseridas nas equipes de saúde da família. Cabe ressaltar que para cada Unidade Saúde da Família foi disponibilizado um profissional de Serviço Social. Procurou-se eleger categorias do próprio objeto de estudo e aquelas que surgiram no decorrer do processo de investigação. Como diz Triviñhos (1987, p. 55-56) as "... categorias em razão das atividades que desenvolve o homem atuando sobre a natureza e a sociedade, em seu afã de conhecer e transformá-la. O conteúdo mesmo das categorias muda e se enriquece com os progressos do conhecimento...

A análise dos dados foi realizada através do método da análise de conteúdo que segundo Bardin, 2002 citado por Triviñhos (1987), caracteriza-se pelo conjunto de técnicas de análise das comunicações. Através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens são obtidos indicadores quantitativos ou não, que permitem a inferência ou deduções lógicas de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens. De acordo com Bardin (2002), se a descrição caracteriza-se pela enumeração das características do texto e a interpretação consiste na

significação concedida a estas características, a inferência aparece como um procedimento intermediário, mediador, o qual permite a passagem de uma à outra. A análise de conteúdo oscila entre dois pólos, da objetividade e da subjetividade. Logo, permite ao investigador a busca pelo não-aparente, o potencial de inédito (do não dito), aquilo que ficou retido na mensagem. No entanto, ressalta o autor que qualquer técnica adquire sua força e seu valor exclusivamente mediante o apoio de determinado referencial teórico (TRIVIÑHOS, 1987).

Na tentativa de sistematizar e facilitar a análise do conteúdo das mensagens recebidas por meio das entrevistas, bem como a definição das categorias que surgiram durante tal procedimento buscou-se juntar as respostas de cada pergunta e assim organizá-las de acordo com as categorias pré-definidas. Posteriormente, organizaram-se as novas categorias sob o critério das repetições entre os vários entrevistados.

Assim, a fim de evidenciar os resultados obtidos estruturou-se este trabalho em três capítulos. No primeiro capítulo, busca-se trazer os diferentes modelos de atenção a saúde desenvolvidos no Brasil e as influências do debate internacional sobre a atenção primária, o conceito ampliado de saúde e a promoção da saúde. Dá destaque ao novo modelo de atenção à saúde, o SUS, ancorado na concepção ampliada de saúde o qual possibilitou a adoção dos determinantes sociais como estruturantes do processo saúde-doença contribuindo para a ampliação do espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais, uma vez que as ações profissionais adquirem uma nova funcionalidade.

No segundo capítulo resgata-se o processo de inserção do Serviço Social no campo da saúde e suas atribuições, na tentativa de articular a ação profissional às proposições do SUS, especificamente ao princípio da integralidade que apontam para um estatuto diferenciado da profissão na área da saúde. Percebe-se que o debate em torno do princípio da integralidade traz implícita a importância de ações e interdisciplinares. Resgatou-se ainda, nesse âmbito, a articulação entre os princípios do projeto ético-político da profissão com aqueles defendidos pela Reforma Sanitária.

E, finalmente, no terceiro capítulo realiza-se uma breve caracterização da Atenção Básica no município de Ponta Grossa, em especial da ESF; traçou-se o perfil dos sujeitos pesquisados a fim de contextualizar a pesquisa. Por meio do conteúdo extraído das entrevistas realizadas, busca-se analisar como se dá a inserção dos assistentes sociais na estratégia Saúde da Família, as ações profissionais nessa direção, o papel do assistente social na ESF, o entendimento apresentado pelos profissionais quanto às categorias da promoção da saúde,

interdisciplinaridade e intersetorialidade na atenção à saúde, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais na ESF.

CAPÍTULO 1

Ao longo da história a política de saúde brasileira passou por momentos em defesa da medicina curativa e ou da medicina preventiva. Esta perspectiva pode ser conjecturada através dos diferentes modelos de atenção a saúde, desenvolvidos em diferentes momentos da história, e que vem revelando intensos debates e interesses antagônicos, seja no que se refere ao SUS enquanto política pública pautada nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação da população e do dever do Estado, como nas dificuldades de construção de modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que se constituiu como a base do processo de proposição do próprio SUS (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

Assim, aponta-se ao longo deste capítulo o debate internacional realizado em torno da atenção primária a saúde e os seus diferentes modelos desenvolvidos no Brasil, bem como os paradigmas que vêm orientando a prática sanitária brasileira. Destacam-se ainda, os desafios postos aos diferentes setores a fim de garantir o direito à saúde, mas, sobretudo a necessidade de criação de condições e oportunidades de um desenvolvimento social imparcial que se traduz na apropriação e distribuição das riquezas produzidas.

1.1 O debate internacional em torno da atenção primária à saúde e sua repercussão no sistema de saúde brasileiro

No início da década de 1970, tem-se o debate internacional em torno de propostas que enfatizavam o uso racional da tecnologia na atenção médica e do gerenciamento eficiente. Dentre essas propostas destacou-se a atenção primária à saúde ou medicina comunitária (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2009).

Nesse âmbito, tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), incentivaram a incorporação de políticas públicas voltadas para a atenção primária à saúde como estratégia de organização desse sistema. É no ano de 1977, com a realização da Assembleia Mundial de Saúde, qual o conceito de atenção primária ganha forças e se efetiva como principal estratégia para obtenção da meta “Saúde para todos no ano 2000”. Sua consequência foi a elaboração da Declaração de Alma Ata, na Conferência

Internacional sobre Cuidados Primários a Saúde realizado em Alma Ata, no Cazaquistão, em 1978.

A partir dessa conferência, a atenção primária ficou definida como:

> "cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde" (OPAS, 2009).

Em suma, a Conferência de Alma Ata constituiu-se como um marco para a saúde pública, pois se tem na atenção primária à saúde a principal estratégia de organização dos sistemas de saúde, visando combater as desigualdades existentes na saúde dos povos, estimular o desenvolvimento econômico e social dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a participação da sociedade, a ação intersetorial e a responsabilidade dos governos, assim como promover a cooperação internacional.

Cabe ressaltar que a Declaração de Alma Ata defendia um conceito ampliado de saúde em concomitância ao conceito definido pela OMS, em que a saúde foi compreendida como um completo estado de bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. No entanto, esse conceito será questionado, sobretudo, pelo Movimento a favor da Reforma Sanitária no Brasil. Este questionamento advém das críticas a uma perfeição, aparentemente, 'inatingível' entre os três elementos que resgatam a proposta do

subjetivismo, em que o que é bom para uma determinada pessoa pode não ser para outra; logo, coloca-se em xeque a unilateralidade do conceito definido pela OMS (FERRAZ; SEGRE, 2009).

É através da VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986, que o conceito ampliado de saúde é definido e consolidado a partir da co-relação entre as condições de saúde e as condições gerais de vida da população, tais como: moradia, saneamento, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde, os quais refletem a perspectiva em torno do paradigma da produção social da saúde.

Entre os paradigmas explicativos para os problemas de saúde existentes nos diversos países, têm-se os determinantes sociais da saúde (DSS). A importância em torno dos DSS foi sendo construída ao longo dos anos e coexistiu com outras explicações para os problemas de bem-estar, dentre as quais a teoria miasmática[2], em meados do século XIX, e o paradigma bacteriológico[3], nas últimas décadas do referido século. Tanto que em 1946, data da criação da Constituição da Organização Mundial da Saúde, objetivava-se proporcionar assistência médica eficiente, assim como abordar as raízes sociais dos problemas de saúde (BUSS; FILHO, 2007). Nesse sentido, tem-se o resgate da necessidade de integração entre as perspectivas biomédico-tecnológicas e sociais.

No entanto, de acordo com um relatório divulgado pela OMS (2005), o contexto do pós-guerra, guerra fria e descolonização colaboraram para uma abordagem da saúde baseada na alta tecnologia e nas campanhas que traziam a marca do militarismo. Fatores históricos como a pesquisa por medicamentos, a qual ocasionou o desenvolvimento de antibióticos, vacina e outros remédios, o surgimento da indústria farmacêutica moderna e a forte influência dos Estados Unidos na OMS promoveram essa abordagem.

Durante os anos 1960 e 1970, profissionais de saúde e líderes comunitários de diversos países juntaram-se e iniciaram um movimento que ficou conhecido como "programas de saúde com base na comunidade". Este movimento colocava ênfase na participação da

---

[2] A teoria do miasma surge devido ao intenso processo de urbanização e industrialização vivenciado na época. Diversos estudos sobre a contaminação da água, assim como dos alimentos contribuíram para a sua evolução e para as ações de saúde pública (BUSS; FILHO, 2007).

[3] O paradigma bacteriológico contribuiu para o predomínio do conceito de saúde pública orientada ao controle de doenças específicas onde o conhecimento científico baseava-se na bacteriologia. Dessa maneira, tem-se um distanciamento das propostas de cunho sociais e sanitárias de caráter mais amplo (BUSS; FILHO, 2007).

população local e na colaboração da comunidade no processo decisório relacionado ao bem-estar, como as demandas econômicas, sociais, políticas e ambientais (OMS, 2005).

Essa perspectiva que surgiu apenas com experiências independentes, locais e nacionais, adquiriu caráter internacional. Com a promoção de modelos baseados na comunidade, tinha-se cada vez mais a consciência de que as abordagens de atenção à saúde baseadas na tecnologia haviam enfraquecido e que importantes resultados estavam sendo alcançados em cenários de muita pobreza (OMS, 2005).

O final da década de 1970, como já mencionado, destacou-se pelas atividades inspiradas na meta "Saúde para todos no ano 2000" e seu alcance dar-se-ia mediante atenção primária à saúde. Esta estratégia contribuiu para o ressurgimento do tema dos determinantes sociais na saúde pública, pois '[...] afirmava-se a necessidade de uma estratégia de saúde abrangente, que não só cuidasse da prestação de serviços de saúde como também abordasse as causas sociais, econômicas e políticas dos problemas de saúde' (OMS, 2005, p.10).

Segundo a OMS (2005), a ação intersetorial que objetiva combater os determinantes sociais e ambientais da saúde constituiu-se como um dos pilares da atenção primária à saúde. A Declaração de Alma Ata especificou que a atenção primária deveria envolver além do setor saúde, todos os setores e aspectos relacionados ao desenvolvimento nacional e da comunidade, tais como: agricultura, criação de animais, alimentação, indústria, educação, habitação, serviço público, comunicação, dentre outros, presumindo a junção de esforços entre todos os domínios envolvidos.

Em meados dos anos 80, a questão dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) ganhou bastante destaque, visto que se iniciava o movimento em prol da promoção da saúde, sobretudo por meio da divulgação do Relatório Lalonde, o qual buscava o enfrentamento dos altos custos que a saúde vinha apresentando, e do Relatório Epp, em que havia estreita relação com os princípios defendidos na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida no Canadá no ano de 1986, resultando na Carta de Otawa.

De maneira geral, essa Conferência consolidou a ideia de que para se produzir saúde necessitava-se atuar sobre os determinantes sociais e não apenas na cura das doenças. Além disso, via-se a necessidade do envolvimento de políticas públicas integradas e intersetoriais, sob a participação da comunidade.

De acordo com Buss (2003), o significado de promoção da saúde vem se desenvolvendo ao longo do tempo. Inicialmente o termo

caracterizava um ‘nível de atenção’ da medicina preventiva baseado no modelo de Leavell & Clark, na década de 1940. Entretanto, nos últimos 20 anos essa definição vem se modificando, especialmente no Canadá, EUA e nos países da Europa Ocidental. Atualmente, expressa um enfoque político e técnico que serão apresentados ao longo dessa discussão.

Nos anos 1970 os sistemas de saúde, sobretudo, dos países de primeiro mundo começam a ser questionados devido às novas concepções que surgiam sobre o processo saúde-enfermidade-cuidado que procuravam articular quatro dimensões explicativas, sendo elas: biologia humana, estilos de vida, ambiente e serviços de saúde. De maneira geral, esses novos entendimentos do processo saúde-enfermidade-cuidado articulam saúde e condições de vida (BUSS, 2003).

Pode-se perceber que na década de 1960 e 1970 ocorreram avanços importantes sobre o DSS, bem como sobre a nova compreensão de saúde que surgia e é nesse contexto que a promoção de bem-estar ganha maior visibilidade. Dois eventos foram importantes para o surgimento da proposta da promoção da saúde: a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde (1974), reafirmado posteriormente pelo Relatório Epp, em 1986 (HEIDMANN, et al., 2009).

Na China observou-se o desenvolvimento de cuidados primários de saúde, essencialmente no ambiente rural. Eram atividades bem sucedidas que mais tarde foram utilizadas e formalizadas na Declaração de Alma Ata, em 1978. Já no Canadá, foi a divulgação do Relatório Lalonde que contribuiu para o surgimento do movimento moderno de promoção à saúde. O referido relatório teve motivação política, técnica e econômica para enfrentar os aumentos do custo de saúde. Porém, sua abordagem tinha enfoque voltado para a mudança nos estilos de vida, com destaque na ação individual, numa perspectiva comportamental e preventivista. Inúmeras críticas surgiram, especialmente, pela negação do contexto político, econômico e social na determinação da saúde (HEIDMANN, et al., 2009).

Em meados dos anos 80, o Canadá presencia o surgimento de mais um movimento, o *Health City Movement*, que reforçava a noção de determinação social da saúde, negada pelo movimento anterior. Seu discurso ganha expressão com a divulgação do Relatório Epp que possuía estreita relação com a Carta de Otawa. Esse documento trouxe avanços para o campo da saúde, uma vez que a reconhecia como resultante das condições de pobreza, desemprego, habitação precária e

outras desigualdades econômicas e sociais.

O relatório apontava como estratégia principal o fortalecimento dos serviços comunitários, das políticas públicas saudáveis e o favorecimento da participação popular. Empregava ainda, os conceitos de desenvolvimento comunitário e o "poder" das comunidades para se alcançar saúde (HEIDMANN, et al., 2009). É a partir desse cenário que foi planejada a I Conferência Internacional sobre Promoção à saúde, em 1986, resultando na Carta de Otawa, a qual passou a ser referência no desenvolvimento das ideias de promoção ao bem-estar em todo o mundo.

Segundo a Carta, a promoção à saúde é o nome dado ao "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua capacidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo". Reitera que os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Destaca que o bem-estar deve ser visto como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. De acordo com essa concepção, saúde é um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas. Portanto, transcende a ideia de estilos de vida saudáveis e aponta a responsabilidade dos múltiplos setores da sociedade para se promover a saúde (OPAS, 2009, p.1).

A promoção exige a ação coordenada de todos os implicados, seja dos governos, dos setores sanitários, setores sociais e econômicos, de organizações beneficentes, das autoridades locais, da indústria, bem como dos meios de comunicação. Promover a saúde significa ir além do mero cuidado com a mesma e exige, acima de tudo, compromisso político. Os programas devem ser voltados para os diferentes enfoques e as decisões políticas precisam reconhecer as consequências que podem acarretar para este campo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

De acordo com Villar (2009), para melhorar os níveis de saúde é necessário combater às desigualdades através do desenvolvimento de ações intersetoriais nos campos econômico, empregatício, de renda, moradia, educação, dentre outros, bem como garantir a capacidade de participação e inclusão das populações, visando colaborar de maneira eficaz na transformação da sociedade.

A Carta de Otawa destaca que a promoção da saúde começa justamente na participação efetiva e concreta da comunidade, em que se elegem as prioridades na tomada de decisões e na elaboração e desenvolvimento de estratégias para alcançar melhores níveis ou condições de bem-estar.

"O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino". O desenvolvimento desses grupos baseia-se nos recursos humanos e materiais existentes na própria comunidade que estimulam a auto-ajuda e o apoio social, como também o desenvolvimento de sistemas flexíveis que reforçam a participação pública e controle sob as questões de saúde. Para tanto, isso requer acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado. (OPAS, 2009, p.3).

Das cinco estratégias de ação definidas na Carta de Otawa, uma merece destaque devido ao objeto de trabalho que nos propomos pesquisar. Além de resgatar a necessidade de implementação de políticas públicas saudáveis, da criação de ambientes favoráveis à saúde, do reforço da ação comunitária e do desenvolvimento de habilidades pessoais, tem-se a recomendação de reorientação dos serviços de saúde.

Os serviços devem seguir em direção ao enfoque na saúde e não somente na doença, como apontar a integralidade das ações, uma vez que preconiza uma "[...] visão abrangente e intersetorial, ao recomendar a abertura de canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais". Para isso, propõe mudanças na formação dos profissionais, assim como nas atitudes das organizações dos serviços de saúde (BUSS, 2003, p.27).

No marco dos acontecimentos tem-se uma série de Conferências Internacionais sobre a promoção da saúde, destacando-se: I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde realizada em Ottawa, no Canadá, no ano de 1986, a II Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em 1988, realizada em Adelaide, a III Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em 1991, realizada em Sundsvall, a IV Conferência Internacional sobre a Promoção a Saúde, realizada em Jacarta, em 1997.

Há também as conferências regionais, entre elas destacam-se a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas, ocorrida no ano de 1992, na Colômbia, e a I Conferência sobre a Promoção da Saúde do Caribe, em 1993, ocorrida em Trinidad e Tobago. Ainda no âmbito da promoção da saúde tem-se a V Conferência ocorrida no México, no ano 2000 (OPAS, 2009).

A II Conferência realizada em Adelaide, em 1988, teve como tema central as políticas públicas voltadas para a saúde, reafirmando as cinco linhas de ação da Carta de Otawa (política pública, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, criação de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde) bem como as recomendações da

Declaração de Alma Ata (OPAS, 2009).

O debate em torno das políticas públicas saudáveis caracteriza-se pelo interesse e preocupação de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre o bem-estar da população. Nesse sentido, identificam-se claramente os componentes de intersetorialidade que tem marcado, desde então, o discurso da promoção da saúde, assim como a ideia de responsabilização do setor público, pela formulação, implantação das políticas, suas consequências, como também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e o sistema de saúde (BUSS, 2003).

A Conferência resgata a necessidade de superação das desigualdades no acesso a bens e serviços existentes na sociedade. Assim, há um compromisso com a equidade. E o reconhecimento de que as iniquidades no campo da saúde advêm das desigualdades existentes na sociedade. Para superá-las, deve-se pensar em políticas que busquem incrementar o acesso da população a bens e serviços promotores de saúde e a criação de ambientes favoráveis. Ressalta ainda, que devem estabelecer alta prioridade aos grupos mais desprivilegiados e vulneráveis (OPAS, 2009).

Ela identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis, sendo elas: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e a criação de ambientes favoráveis (OPAS, 2009).

Quanto ao apoio à saúde da mulher, recomenda-se que os países comecem a desenvolver planos nacionais para a promoção de políticas públicas voltadas à mulher, principalmente, daqueles pontos definidos na agenda do movimento de mulheres. Esses pontos devem ser respeitados e priorizados. E sugere as seguintes propostas: “igualdade de direitos na divisão de trabalho existente na sociedade, práticas de parto baseadas nas preferências e necessidades das mulheres e mecanismos de apoio às mulheres trabalhadoras, dentre eles, apoio às mulheres com crianças, licença-maternidade e licença para acompanhamento dos cuidados a filhos doentes” (OPAS, 2009, p.4).

A eliminação da fome e da má-nutrição constitui-se como objetivos fundamentais das políticas públicas voltadas à saúde, que devem garantir acesso universal a quantidades suficientes de alimentos de boa qualidade e que respeitem as peculiaridades culturais. As políticas públicas de alimentação e nutrição integram a agricultura, a economia e os fatores ambientais que devem ser prioridades de todos os governos a fim de obter maior impacto na saúde. Ações que visem

aumentar o poder de compra no mercado de alimentos, como também os estoques de alimentos ("em e para hospitais, escolas, abrigos e locais de trabalho"), sob responsabilidade do poder público, e que sejam garantidos ao consumidor são recomendações da Declaração de Adelaide (OPAS, 2009, p.5).

Segundo a Declaração de Adelaide o uso do fumo e o abuso do álcool são dois grandes riscos à saúde e que merecem ações voltadas à perspectiva das políticas públicas para o bem-estar. Sabe-se que o fumo traz malefícios não somente aos fumantes, como também, aos chamados fumante-passivos, dentre os quais se destacam as crianças. Além das sérias consequências ecológicas advindas da exploração e consumo do fumo. Já o consumo de álcool contribui para distúrbios sociais e traumas físicos e mentais.

Ambos constituem-se de atividades altamente lucrativas, principalmente para os governos, através dos elevados impostos. Esta Conferência alerta os governos sobre o elevado potencial humano perdido por doenças e mortes causadas pelo uso do fumo e abuso do álcool. Sugere ainda que os governos se comprometam com o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde, reduzindo a produção de tabaco e a distribuição do álcool, assim como o 'marketing' e o consumo para o ano 2000 (OPAS, 2009).

Quanto à criação de ambientes saudáveis, tem-se o reconhecimento de que muitas pessoas vivem e trabalham em condições prejudiciais a sua saúde, além de estarem expostas a produtos perigosos que transcendem as fronteiras nacionais. A Declaração ressalta que políticas ou ações que promovam a saúde somente poderão ser alcançadas se os ambientes conservarem os recursos naturais, por meio de estratégias ecológicas de alcance global, regional e local. Destaca, ainda, que o compromisso de todos os governos e os esforços para uma coordenação intersetorial são prioridades para o desenvolvimento industrial e da agropecuária. Afirma que a OMS deve incentivar os governos para a aceitação desses princípios, como também o conceito de desenvolvimento sustentável. E, finalmente, defende que a saúde pública e os movimentos ecológicos unam forças a fim de garantir o desenvolvimento sócio-econômico e os limitados recursos do planeta. (OPAS, 2009).

Buss (2003) faz uma crítica aos resultados alcançados pelas ações propostas na Conferência de Adelaide. Enfatiza que as propostas de políticas concretas foram tímidas se comparado à formulação inicial, que se caracterizou por sua abrangência e responsabilização do poder público por todas as áreas dos campos social e econômico. A discussão

sobre a necessidade de criação de ambientes favoráveis contribuiu para a realização da III Conferência de Promoção da Saúde, em Sundsval.

Esta Conferência, realizada em 1991, foi a primeira a focar a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos. Ela antecede a I Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Rio de Janeiro, num contexto de crescimento de consciência internacional de indivíduos, movimentos sociais e governos sobre os riscos de um colapso do planeta diante das inúmeras e profundas agressões ao meio ambiente (BUSS, 2003).

Conjecturava o engajamento de todos os segmentos (as pessoas, as organizações e os governos) no desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos mais favoráveis à saúde. Afirmava que para promover um ambiente favorável ao bem-estar era necessário englobar a dimensão social, política, econômica e cultural. Assim, refere-se aos espaços em que as pessoas vivem, isto é, a comunidade, suas casas, seu trabalho e os espaços de lazer e engloba também, as estruturas econômicas e políticas, que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão (BUSS, 2009).

De acordo com a Declaração de Sundswal quatro aspectos são ressaltados para um ambiente favorável e promotor de saúde:

> 1. A dimensão social, que inclui as maneiras pela quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde. Em muitas sociedades, as relações sociais tradicionais estão mudando e podem ameaçar a saúde. Por exemplo, o crescente isolamento social, a perda de significados e propósitos coerentes de vida ou a perda de valores tradicionais e da herança cultural.
> 2. A dimensão política, que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades. Também requer o compromisso com os direitos humanos, com a paz e com a realocação de recursos oriundos da corrida armamentista.
> 3. A dimensão econômica, que requer o reescalonamento dos recursos para o alcance da meta Saúde Para Todos no Ano 2000 e o desenvolvimento sustentável, o que inclui a transferência de tecnologia segura e correta.

> 4. A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive os setores político e econômico, para que se possa desenvolver uma infra-estrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde (OPAS, 2009).

A IV Conferência realizada em Jacarta, em 1997, buscou resgatar e atualizar a discussão referente à ação da comunidade já definida na Carta de Otawa. Destacava que a promoção à saúde deveria ser realizada em conjunto com a população e que a mesma deveria possuir mais voz e acesso ao processo de tomada de decisão, as habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança. Ela foi a primeira a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Buscou refletir sobre o que se aprendeu sobre promoção da saúde, assim como reexaminar os DSS, identificando as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI.

A Declaração de Jacarta oferece uma visão e um enfoque para a promoção da saúde, refletindo o compromisso firme dos seus participantes de recorrer a mais ampla gama de recursos para enfrentar os DSS no século XXI. Dentre os pré-requisitos para o bem-estar, tem-se: paz, abrigo, educação, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito a voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. De todos, considera-se a pobreza como maior ameaça à saúde.

Tendências demográficas, como a urbanização, o aumento no número de pessoas idosas, a prevalência de doenças crônicas, um comportamento mais sedentário, resistência a antibióticos e a outros medicamentos disponíveis, uso abusivo de drogas, da violência civil e doméstica, doenças infecciosas novas e reemergentes, o maior reconhecimento de problemas de saúde mentais, assim como fatores transnacionais e a degradação ambiental requerem urgentes providências. Assim, se reconhece que a promoção da saúde é vital para o enfrentamento dos seus determinantes. “A promoção da saúde é um enfoque prático para a obtenção de maior equidade em saúde” (OPAS, 2009).

A Conferência traz à tona a necessidade de novas ações para fazer frente às ameaças emergentes na saúde. De acordo com sua Declaração, o desafio para os próximos anos é “destravar o potencial

para a promoção da saúde inerente em muitos setores da sociedade, nas comunidades e nas famílias". Requer também novas parcerias em prol da saúde entre os diferentes setores em todos os níveis de governabilidade nas sociedades em condições de igualdade (OPAS, 2009, p.3).

Dentre as prioridades para a promoção da saúde no século XXI, destacam-se: promover a responsabilidade social para com a saúde, aumentar os investimentos para fomentá-la, consolidar e expandir parcerias em prol da mesma, aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo e conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde (OPAS, 2009).

Tanto o setor público quanto o privado devem estar comprometidos com a responsabilidade social no âmbito das políticas publicas de promoção da saúde. Já os investimentos devem ser maiores, seja para saúde, educação e habitação, requerendo um enfoque multissetorial. Um maior investimento e uma reorientação dos investimentos existentes significam avançar no desenvolvimento humano, na saúde e na qualidade de vida.

Quanto à infra-estrutura para a promoção, propõe-se a definição de espaços/ambientes, dentre os quais as escolas, os ambientes de trabalho, para a atuação sobre a promoção da saúde que requerem abordagens específicas; criação de novas e diversas redes para que a colaboração intersetorial seja alcançada; a documentação de experiências através de pesquisas e relatórios de projetos e o intercâmbio de informações sobre a efetividade de estratégias nos diferentes ambientes/territórios; e mais recursos financeiros e materiais para a promoção da saúde (OPAS, 2009).

A V Conferência realizada na Região das Américas, em Santafé de Bogotá, na Colômbia, em 1992, reforçava a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional. Ressalta a importância das ações intersetoriais para assegurar a implementação das ações de promoção e ampliação das parcerias na área da saúde (OPAS, 2009).

Essa Declaração destaca que a promoção da saúde na América Latina "busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento". Devido à prolongada crise econômica e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, tem-se a deterioração das condições de vida da maioria da população, juntamente com o aumento de riscos para a saúde e uma redução dos recursos para enfrentá-los. "O desafio da promoção da saúde na América

Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento" (OPAS, 2009).

A I Conferência de Promoção a Saúde do Caribe, realizada em 1993, em Trinidad y Tobago, vem reforçar o valor da promoção à saúde sob as seguintes estratégias: elaboração de políticas públicas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde, participação das comunidades para alcançar o bem estar, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento/implementação de habilidades pessoais para a saúde, construção de alianças, especialmente com os meios de comunicação (HEIDMANN, et al., 2009).

A V Conferência Internacional sobre promoção, ocorrida no México, no ano 2000, vem reconhecer que a consecução do nível de saúde mais alto possível é um elemento positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social, econômico e a equidade. E que esse desenvolvimento é um dever central dos governos que deve ser compartilhada por todos os setores da sociedade. Reconhece melhorias nesse âmbito, como também na provisão de seus serviços em muitos países do mundo, mas ressalta que ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico. Tem-se ciência das doenças novas e reemergentes que podem ameaçar o progresso já conquistado na área da saúde (OPAS, 2009).

Novamente há a discussão em torno da necessidade de abordagem dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, assim como o fortalecimento dos mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os setores e níveis da sociedade. Conclui que a promoção do bem-estar deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca pela equidade e melhor saúde para todos (OPAS, 2009).

Apesar dos avanços advindos dessas conferências, ainda permanece uma visão simplificada da promoção da saúde, priorizando-se a mudança nos estilos de vida, o modelo tradicional de educação e a compreensão de que prevenção da doença é sinônimo de promoção à saúde (HEIDMANN, et al., 2009). Há, portanto, a necessidade de sua revisão e aprofundamento.

Segundo Buss (2003) existem diferenças entre prevenção da doença e promoção da saúde. A promoção tem um caráter mais amplo e abrangente que busca identificar e enfrentar os macro-determinantes do processo saúde-doença, assim como transformá-los favoravelmente em

direção da saúde. Contrariamente, a prevenção das doenças teria como objetivo apenas a isenção das doenças nos indivíduos.

Como já explicitamos anteriormente, a saúde não significa apenas ausência de enfermidade. A perspectiva da promoção da saúde busca modificar as condições de vida da população para que estas sejam mais dignas. Diferentemente, a prevenção das doenças tem como foco as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais do grupo de doenças ou de enfermidades específicas.

Nesse sentido, "para a prevenção evitar a enfermidade é o objetivo final, assim a ausência de doenças seria um objetivo suficiente". Bem diferente é a perspectiva da promoção, pois se acredita que sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatórias, onde a ausência de doenças não é suficiente (GUTIERREZ et al., 1997 citado por BUSS, 2003).

Sabe-se que a medicina preventiva está aliada a perspectiva da medicina tradicional (de intervenção clínica e sob o paradigma biomédico), na busca pela prevenção das doenças. Necessita de conhecimentos técnicos e suas responsabilidades são centradas nos profissionais de saúde. Já a promoção da saúde amplia o seu objeto de intervenção, ou seja, os 'problemas de saúde', propondo abordagens para além do setor da saúde, que objetivam manter e melhorar os níveis de bem-estar existentes. Ela torna-se claramente social, política e cultural, implicando a participação de indivíduos não técnicos e movimentos sociais, bem como a ação combinada de políticas públicas, mudança dos estilos de vida e intervenção ambiental, por meio de um amplo arco de medidas políticas, legislativas, fiscais e administrativas (STACHTCHENKO; JENICEK, 1990 citado por BUSS, 2003).

De maneira geral, podemos concluir que a saúde é resultante de determinações das mais variadas ordens, isto é, sociais, econômicas, políticas e culturais demonstrando uma perspectiva mais ampla do que aquela simplesmente focada na herança genética, na biologia humana e nos fatores ambientais mais imediatos.

É nesse sentido que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde propõe uma retomada crítica em torno do conceito de DSS. O conceito de determinação social da saúde e da doença tem origem nos estudos da epidemiologia social latino-americana a partir da década de 70, pautados na compreensão da sociedade a partir da teoria Social de Marx.

Sendo assim, essa abordagem dos DSS tem como pressuposto teórico analisar as condições de saúde da população considerando os componentes das sociedades capitalistas, tais como: processo de

trabalho, relações de produção, classe social, dentre outros. Portanto, nesse contexto, as condições sociais que favorecem a saúde e a doença deveriam ser compreendidas através de uma multiplicidade de 'determinações', expressas, principalmente, pelas condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social.

Logo, a palavra determinação refere-se à síntese de múltiplas determinações, e não necessariamente ao sentido de causa, causalidade ou fator determinante postulados pelo paradigma positivista da epidemiologia tradicional, expressos nos conceitos e modelos de determinantes sociais da saúde defendidos pela OMS e pelas Comissões de Determinantes Sociais da Saúde (CEBES, 2009).

De acordo com o CEBES (2009, p. 2) essa ótica positivista foi seriamente combativa por um documento elaborado pela Associação Latino-Americana de Medicina Social que criticava, entre outros, "a postura de reunir evidências sobre os fatores sociais que criam as desigualdades em saúde" e apresentam as limitações do paradigma dominante na epidemiologia e saúde pública, "na medida em que fragmenta a realidade em fatores, presumindo que mantêm sua capacidade explicativa e que estão sempre sujeitos a mudanças".

Reflete ainda que os determinantes sociais, ao serem convertidos em fatores, perdem sua dimensão de processos sócio-históricos, como formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, e facilitam sua simplificação ao serem entendidas e expressas como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida, entre outros.

No entanto, no Brasil a interpretação positivista dos determinantes sociais da saúde tornou-se hegemônica já na década de 90, articulado a um forte movimento de revalorização acadêmica da epidemiologia tradicional, e está presente até os dias atuais. Nesse contexto, a uma permanente tensão na saúde coletiva seja pela interpretação positivista, ou pela compreensão marxista das questões sociais (CEBES, 2009).

De maneira geral, a abordagem dos determinantes sociais na qualidade de fatores ou variáveis estatísticas é predominante, enquanto pesquisas fundadas na visão teórica originária da epidemiologia social são praticamente inexistentes. É nesse contexto, que o CEBES (2009, p. 3) propõe a retomada da reflexão crítica sobre a questão da determinação social da saúde. "[...] precisamos não só de teoria, mas também de compromisso político". Diante disso, tem-se como proposta um esforço de interpretação teórica que se caracterize em dois movimentos, sendo eles: "ter em conta a contribuição do marxismo e, se

necessário, indicar onde este se mostra falho e parcial; avançar nas dimensões conceituais e políticas dessa questão bem como na análise de situações concretas com fundamento nessas diversas teorias críticas da sociedade".

É necessário destacar, no entanto, que apesar dos avanços ocorridos em prol das perspectivas de ações intersetoriais e da atenção primária a saúde tem-se, nos anos 80, o surgimento do modelo político e econômico, conhecido como neoliberalismo. Este fenômeno afetou o campo da saúde por meio de dois mecanismos. Um deles refere-se às reformas executadas na saúde em muitos países de renda baixa ou média a partir dos anos 80. O outro se realçou pelos programas de ajustes econômicos estruturais impostos a muitos países como condição para a renegociação de dívidas e posteriores empréstimos e apoio internacional. Aliado a esses dois mecanismos há um terceiro que ganha importância a partir da década de 90, os acordos e regras sobre o comércio internacional, estabelecidos pela Organização Mundial do Comércio (OMS, 2005).

O objetivo das reformas neoliberais no setor da saúde visava atacar os problemas estruturais dos sistemas de saúde, dentre eles os altos gastos, além da má utilização dos recursos, fraca gestão de sistemas, acesso inadequado aos serviços de saúde pela população carente, má qualidade dos serviços, entre outros. Porém, tais reformas não conseguiram resolver os problemas e, em alguns casos, colaboraram para piorar a situação (OMS, 2005).

Segundo documentos divulgados pela OMS (2005, p.21):

> "[...] uma revisão das reformas conduzidas na América Latina concluiu que elas não conseguiram alcançar os seus objetivos declarados de melhorar a atenção à saúde e de reduzir a iniquidade na saúde e que muitos de seus processos 'resultaram no efeito contrário: maior iniquidade, menor eficiência e mais insatisfação sem melhora na qualidade da atenção".

Concluindo, a redução do Estado e a não regulação dos mercados criaram condições adversas a qualquer ação que se dedicasse a melhorar as condições de saúde através dos DSS. Pelo contrário, favoreceram as empresas com lucratividade, as agências de empréstimo, investidores do norte, elites de países em desenvolvimento, bem como

promoveram o desenvolvimento das próprias instituições financeiras internacionais (OMS, 2005).

As prescrições econômicas neoliberais continuaram sendo aplicadas até o final dos anos 90, porém esses modelos passaram veementemente a ser questionados pelos países em desenvolvimento, pelo número crescente de agências internacionais e de organismos do norte. As críticas que surgiam deram início a um movimento de protesto político e social que contou com a participação de milhares de manifestantes (OMS, 2005).

A globalização era o tema central das contestações. Alguns críticos acreditavam que esta era uma ameaça, pois a ordem econômica global estava dominada por empresas transnacionais e por fluxos voláteis de capital especulativo, os quais provocavam efeitos negativos nas economias nacionais e no bem-estar de comunidades carentes. Outros enfatizavam os benefícios da integração econômica e tecnológica e que o dinamismo da economia global liberalizada constituía-se como principal mecanismo para retirar as pessoas da pobreza, fome e desespero (OMS, 2005).

As instituições, tais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional também foram alvo de críticas que contribuíram para a adoção de novas alternativas. Com a intenção de enfrentar de forma eficiente os problemas, principalmente, as dívidas dos países em desenvolvimento, ambas lançaram, em 1996, a iniciativa Países Pobres Muito Endividados. Posteriormente, houve uma versão melhorada dessa iniciativa.

Os programas ofereciam formas de alívio da dívida a muitos países pobres do mundo, principalmente da África. Os ganhos desses programas seriam investidos em áreas sociais básicas, entre elas saúde e educação. No entanto, as avaliações sobre os países pobres endividados constataram que "[...] muito ainda deveria ser feito no sentido de integrar políticas de saúde adequadas a estratégias de redução da pobreza" (OMS, 2005).

No final dos anos 80 e início dos 90, houve uma mudança na liderança da saúde mundial devido, sobretudo, pelos altos recursos investidos pelo Banco Mundial. Ocorre uma redução no poder de influência da OMS e, consequentemente, uma mudança em torno da política de saúde. O modelo de política de saúde adotado foi intitulado "Investindo em Saúde" e apresentava-se coerente com a visão política e econômica reinante.

Apesar da mudança ocorrida, havia alguns grupos da OMS ou ligados a ela que se empenhavam em desenvolver trabalhos sobre os

determinantes sociais e ambientais, especificamente, sobre ações direcionadas a equidade em saúde e às bases sociais da saúde expressando o compromisso com o ideal da estratégia "Saúde para Todos" (OMS, 2005).

Entre os trabalhos referidos estava a *Task Force on Health in Development*. Ela analisava políticas de desenvolvimento global e suas implicações na saúde, destacando o efeito das condições sociais na saúde e reiterando que o impacto na saúde de populações mais vulneráveis deveria ser o foco na formulação de políticas para o desenvolvimento econômico. Outros trabalhos, como o artigo produzido pelo *Task Force, WHO Position Paper* analisava 'as tendências de privatização e da economia de mercado que caracterizavam a globalização do sistema econômico'. Tal artigo apontava, ainda, que as ações sobre o crescimento econômico deveriam vir acompanhadas de 'um acesso mais igualitário aos benefícios do desenvolvimento, visto que as iniquidades causam sérias consequências na saúde'. Ressaltavam que os problemas de saúde poderiam ser enfrentados com mais eficiência por meio da colaboração intersetorial, abordando fatores como a pobreza, o desemprego, a discriminação de gênero e a exclusão social (OMS, 2005, p.24).

Entre as principais ações desenvolvidas pela OMS, em meados da década de 90, foi a tentativa de reinterpretar e fortalecer a estratégia Saúde para Todos, incluindo novos esforços de promoção de ações intersetoriais que representavam o elemento fundamental das estratégias de saúde pública. Estas iniciativas culminaram na Conferência Internacional em Halifaz e Nova Scotia, no Canadá, em 1997 e provavam a importância dos determinantes sociais e ambientais de saúde, bem como o reconhecimento das dificuldades que os países estavam apresentando para enfrentá-las (OMS, 2005).

Na prática, esses trabalhos não geraram êxitos e foram interrompidos por conflitos de personalidade e embates políticos e suspensos no ano de 1998. Áreas importantes para a promoção de ações sobre os determinantes sociais foram afetadas e as ambições do programa Saúde para Todos no Século XXI sofreram intensa redução (OMS, 2005).

Por fim, sob uma nova perspectiva, os problemas de saúde dos carentes passaram a ser encarados como altos custos à economia mundial. A saúde passou a ser vista sob a égide do desenvolvimento e enxergada como uma proposta mais pragmática do que aquelas iniciativas anteriores, tal como a *Task Force* (OMS, 2005).

Segundo a OMS (2005) durante a década de 90 e início do ano

2000, muitos países tiveram progressos no sentido de atacar as dimensões sociais da saúde. Diversos estudos sobre a identificação e resolução de desigualdades da saúde determinadas socialmente foram realizados. Dentre eles, destacam-se o *Canadian Lalonde Report* divulgado em 1974 e o Relatório Black, realizado no Reino Unido e lançado em 1980. Os relatórios inspiraram uma série de pesquisas sobre as desigualdades de saúde e diversas opções de políticas de enfrentamento dos problemas apresentados pelos relatórios.

O final da década de 90 e início do ano 2000 destacaram-se pelo movimento em prol da formulação de políticas que combatessem as desigualdades e que atacassem os determinantes sociais. Países como Suécia, Reino Unido, Austrália, Canadá, Nova Zelândia, como países em desenvolvimento obtiveram ações significativas no campo da pesquisa e da formulação de políticas relacionadas à dimensão social da saúde. No entanto, estas ações não ocorreram sem tensões entre as abordagens citadas e outras estratégias de modelos de atenção à saúde baseados no mercado e no atendimento individual (OMS, 2005).

No ano 2000 definiam-se as Metas de Desenvolvimento do Milênio - MDMs que surgiram da Declaração do Milênio das Nações Unidas, adotada por 189 países. A Declaração foi criada devido a um esforço de sintetizar acordos internacionais alcançados em várias cúpulas internacionais ao longo dos anos 90, entre os quais se destacam àqueles relativos ao ambiente e desenvolvimento, direitos das mulheres, desenvolvimento social, racismo, entre outros. Ela reflete uma série de compromissos firmados e que se cumpridos, deverão melhorar o destino da humanidade neste século (PNUD, 2009).

Entre as oito MDMs estabelecidas destacam-se: erradicar a extrema pobreza e a fome, atingir o ensino básico universal, promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna, combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o Desenvolvimento (PNUD, 2009).

Estas metas enfocaram a necessidade de ações multisetoriais coordenadas, e o reconhecimento da interdependência entre as condições sociais e de saúde, pois de acordo com a OMS (2005, p.35):

> "sem progressos no combate à fome, no fortalecimento da segurança alimentar, na ampliação do acesso à educação, no aumento da influência das mulheres e na melhoria das

> condições de vida nas favelas, por exemplo, os objetivos específicos da área de saúde nas MDMs não poderão ser alcançados em muitos países de renda baixa ou média. Ao mesmo tempo, sem progressos na área de saúde, os países também não conseguirão atingir suas metas em outras áreas".

Dentre as MDMs três delas referem-se diretamente a saúde e muitas outras possuem componentes importantes para a mesma, refletindo sua posição privilegiada na agenda de desenvolvimento internacional. A criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, bem como esforços de comunidades e de grupos da sociedade civil colaboram para reafirmar a saúde como direito humano. Esta enquanto questão de desenvolvimento aparece simultaneamente à consciência das desigualdades de saúde. A discussão em torno das desigualdades, dessa forma, possibilita a oportunidade de fomento de ações sobre os DSS, uma vez que os fatores sociais estão na raiz da maioria das disparidades de saúde (OMS, 2005).

A OMS (2005) afirma que o apoio destinado as MDMs indica um ambiente mais consensual na saúde e no desenvolvimento internacional, acabando com algumas das polarizações existentes nos anos 90, devido aos efeitos da globalização, possibilitando a parceria entre diversos atores.

A OMS (2005, p.36) destaca que:

> "o conflito armado, a degradação ambiental e a segurança global continuam a apresentar ameaças maiores e a causar polarizações. Contudo, de forma geral, não só tem aumentado a consciência da interdependência do mundo, como também os atores de diferentes países e setores estão cada vez mais certos de que devem trabalhar juntos. A consciência da interdependência reafirma as MDMs enquanto um acordo global sem precedentes entre nações desenvolvidas e em desenvolvimento".

Concluindo, o ano 2000 foi marcado pela retomada da perspectiva em torno da promoção de ações em prol da equidade em saúde e da dimensão social da saúde. Com a eleição de Lee Jong-wook,

em 2003, como Diretor Geral da OMS, tem-se a reafirmação dos valores da estratégia Saúde para Todos. De acordo com Lee, os princípios básicos da atenção primária à saúde, entre eles, acesso igualitário, participação da comunidade e abordagens intersetoriais, para a melhoria das condições de saúde, precisam ser adaptados ao contexto atual (OMS, 2005).

2. Os caminhos da Política de Saúde no Brasil

Segundo Bravo (2006), no Brasil a intervenção estatal na área da saúde ocorre, efetivamente, na década de 30, organizada em dois subsetores, que são: a saúde pública e a medicina previdenciária. Anteriormente as ações de saúde eram pautadas na filantropia e na prática liberal. Com o passar dos anos, em virtude das transformações econômicas e políticas, tem-se o surgimento de algumas iniciativas no campo da saúde pública, tais como a *vigilância do exercício profissional* e a realização de *campanhas limitadas.* A questão saúde passa a ser reivindicada pelo nascente movimento operário; aspectos da organização do setor saúde passam ser debatidos e aprofundados, principalmente, a partir de 1930.

Cabe ressaltar que as transformações econômicas e políticas citadas anteriormente referem-se ao processo de industrialização vivenciado na época pelo Brasil, que gerou a redefinição do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais, dentre outras reivindicações dos trabalhadores. Segundo Braga e Paula (1986) citado por Bravo (2006) a saúde emerge no século XX como “questão social”, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho e a emergência do trabalho assalariado.

Mediante esse contexto as questões gerais e de saúde necessitavam transformar-se em questão política uma vez que os assalariados urbanos tornavam-se sujeitos sociais importantes em razão da nova dinâmica de acumulação que teve como consequências a acelerada urbanização e a ampliação da massa trabalhadora que se encontrava em precárias condições de higiene, saúde e habitação (BRAVO, 2006).

A saúde pública predominou sob a medicina previdenciária até meados da década de 60, e centralizou suas ações na criação de condições sanitárias mínimas para a população. Dentre as ações realizadas pela saúde pública destacam-se a ênfase nas campanhas

sanitárias, a interiorização das ações para áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate a endemias (BRAVO, 2006).

De acordo com Silva Júnior e Alves (2009) é a partir da década de 1930 que a política de saúde pública cria os primeiros centros e postos de saúde destinados a execução de programas, tais como: pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, DSTs, dentre outras.

No entanto, tais programas baseavam-se nos saberes tradicionais da biologia e epidemiologia e desconsideravam os aspectos sociais e a variedade de manifestações do estado de saúde por região e/ou população. Logo, foram definidos como Programas Verticais. Ainda na década de 1930 a assistência a saúde era voltada aos segmentos mais empobrecidos, contrariamente aos segmentos mais abastados que recorriam aos consultórios médicos privados.

Paralelamente às ações de saúde pública surge o seguro social através da Lei 4.682 de autoria do Deputado Eloy Chaves. De acordo com essa lei ficou instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), os quais posteriormente ficaram conhecidos como Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Ambos visavam atender categorias de trabalhadores específicos, tais como ferroviários, marítimos, estivadores, assim como funcionários públicos federais. Destacavam-se pela prestação de serviços de natureza previdenciária, assistência médica e fornecimento de medicamentos. No entanto, havia diferenças entre os benefícios oferecidos, pois seu regulamento refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora, como também dependia de receita disponível adquirida pelas contribuições (MERCADANTE, et. al, 2009).

Em virtude das disparidades normativas dos IAPs, surgem reivindicações em torno de um sistema de previdência unificado e menos desigual. Diante dessas evidências têm-se a criação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), regulamentada pelo Decreto nº 48.959, no ano de 1960, que uniformizou as regras, no entanto, manteve a organização institucional segmentada. Ainda prevalecia a falta de uniformidade na distribuição dos gastos entre os diversos programas e também sua universalização.

Em 1960, o número de segurados girava em torno de 5 milhões, destes 4 milhões eram contribuintes ativos e o restante composto por aposentados e pensionistas. Resumindo, apenas 7,3% da população eram segurados, pois a população total era de 70 milhões (MERCADANTE, et. al, 2009). Dessa forma, concluí-se que a assistência médica evoluía de maneira segmentada e restrita a contribuintes.

Em 1960, o Serviço Especial de Saúde Pública, o qual foi criado em 1942, em função do acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos e que tinha como objetivo fundamental proporcionar apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos, tais como a borracha (Amazônia) e o minério (Goiás e Vale do Rio Doce), foi transformado em fundação do Ministério da Saúde. Este se destacou pela atuação em áreas geográficas distantes e carentes e pela introdução de inovações na assistência médico-sanitário, como técnicas de programação, avaliação e métodos de capacitação de pessoal em saúde pública. Foi pioneiro na atenção básica domiciliar e, sobretudo, na implantação de redes hierarquizadas de atenção integrada à saúde, através de serviços preventivos e curativos (MERCADANTE, et. al, 2009).

De acordo com Bravo (2006), no período de 1945 a 1964, a situação da saúde da população obteve variações, pois os gastos com saúde pública foram mais favoráveis e refletiam melhorias nas condições sanitárias. Mesmo assim, não foi possível eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. Crescia os investimentos na estrutura hospitalar de natureza privada em direção a formação das empresas médicas.

Ligada a interesses capitalistas, a corporação médica, era mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado da produção privada. Apesar das pressões, a assistência médica, até 1964, era fornecida basicamente pelos próprios institutos. No entanto, as formas de compra dos serviços médicos a terceiros que até então eram minoritárias, se reverte a partir de 1964, como o novo regime instalado.

Para Silva Júnior e Alves (2009), baseado neste contexto, tem-se o modelo de medicina voltado para assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia que ficou conhecido como medicina científica, biomedicina ou modelo flexneriano que vem norteando as ações descritas anteriormente e apresentando uma dualidade de perspectivas, no âmbito individual e coletivo, universal e singular. Esse modelo buscou homenagear Abrahan Flexner pelo relatório divulgado em 1911, que fundamentou a reforma das faculdades de medicina dos EUA e do Canadá, e cuja concepção colaborou para estruturar a assistência médica previdenciária na década de 1940 e 1950 e a organização dos hospitais em geral.

Essa perspectiva baseava-se no curativismo como elemento central, em que a saúde é compreendida apenas como a ausência de

doença; entre os demais elementos destacam-se o mecanicismo – onde uma causa atuando num corpo sempre produz um efeito; a unicausalidade – *uma* causa produzindo *um* efeito; o biologicismo - as doenças e suas curas sempre ocorrem no nível biológico; o individualismo – o objeto das ações de saúde é o indivíduo, desconsiderando o contexto ambiental, social e histórico; e a especialização. De maneira geral, "a prática sanitária passa a ser a busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença" (WESTPHAL; SANTOS, 2009, p. 3).

Após 1964, houve tentativas a favor da universalização do acesso e da integração da assistência médica no MS através do Plano Nacional de Saúde (PNS), no entanto, esse aspecto foi objeto de resistência por parte, sobretudo, daqueles que pertenciam à área previdenciária. A forte onda negativa que se formou em torno do PNS conduziu a sua extinção. Houve ainda outras tentativas que buscavam institucionalizar e programar um Sistema Nacional de Saúde (SNS), como aquelas propostas pelo então ministro da saúde, Mário Machado de Lemos.

A proposta do ministro girava em torno de alguns princípios que hoje regem o Sistema Único de Saúde (SUS): universalização da assistência, regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e de assistência individual. Concomitante a essas iniciativas, têm-se aquelas voltadas à universalização da previdência, tais como a sua extensão aos trabalhadores rurais e a criação do benefício mensal aos idosos não contribuintes (MERCADANTE, et. al, 2009).

Em 1966, tem-se a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pelo Decreto Lei nº 72, que tinha como objetivo corrigir os agravos gerados pela segmentação institucional e aumentar a eficiência do sistema. Entretanto, na prática, mantinha-se como foco principal a assistência a saúde individual, haja vista que as ações de saúde pública eram responsabilidade dos governos estaduais e do Ministério da Saúde. Expandiu-se o modelo biomédico de atendimento por meio de financiamento e compra de serviços aos hospitais privados, o que possibilitou a ampliação do setor privado de clínicas e hospitais, como também o consumo de equipamentos e medicamentos (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2009).

Para Mendes (1996), apesar da criação deste novo instituto, permanecia a mesma visão dos IAPs, pois aqueles que não se encontravam no mercado de trabalho e que não contribuíam com a previdência não tinham acesso a atendimentos médicos. Enquanto o INPS caracterizava-se pelo atendimento individualizado, o Ministério da

Saúde buscava apenas elaborar e executar programas sanitários a população durante as epidemias.

A década de 1970 foi marcada por atividades de saúde pública desarticuladas da assistência médica individual. Começam a apresentar-se os limites da medicina científica, dado a pouca efetividade de sua ação no enfrentamento dos problemas de saúde advindos do processo de urbanização, tais como: doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas. Ocorre cada vez mais o predomínio do uso de tecnologias duras, isto é, aquelas que dependem do uso de equipamentos, priorizando exames, diagnósticos e imagens (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2009).

Na busca por alternativas para os problemas de saúde, criavam-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), fruto da separação da área previdenciária da área do trabalho e posteriormente o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com a incorporação de problemas advindos do antigo INPS. O INAMPS tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, justificando assim a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nas regiões com maior desenvolvimento econômico e nos grandes centros urbanos, em que se encontravam a maioria dos seus beneficiários (MENDES, 1996).

Através do INAMPS eram repassados recursos para a assistência à saúde nos Estados, mediante as Superintendências Regionais, proporcionalmente ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existentes. Dessa forma, quanto mais desenvolvida a economia da região, ou seja, quanto maior as relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, consequentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Sendo assim, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das regiões sul e sudeste e nas cidades de maior porte, enquanto as outras regiões, tais como norte, nordeste e centro-oeste, cabia o recebimento de recursos mais baixos.

A duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde se consolidou no período de 1966-1976, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social. A fusão das instituições de seguro social (IAPS) fortaleceu a previdência social e contribuiu para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas pelo MS.

Segundo Mendes (1996), com a criação do INPS consolida-se um novo modelo de saúde: o médico-assistencial privatista que se caracterizava pelo atendimento individualizado. Apesar das reformas

realizadas na estrutura organizacional não se conseguiu reverter à ênfase da política de saúde com a predominância da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. Ao contrário, o Ministério da Saúde retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2006).

Por conseguinte, aqueles que se encontravam no poder não obtendo consolidar a sua hegemonia, perceberam a necessidade de modificar sua relação com a sociedade civil. Assim, a política social na década de 70 caracterizou-se pela maior efetividade no enfrentamento da "questão social", a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares que serão debatidas posteriormente (BRAVO, 2006).

Em meados da década de 70 e início da década de 80, a previdência social teve sua maior crise financeira, a qual começou a se manifestar através do INAMPS. Várias providências foram tomadas a fim de racionalizar as despesas. Uma das que merecem destaque é a "compra" dos serviços do setor público através das redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, inicialmente mediante convênios.

No âmbito das reformas, destaca-se o Programa de Interiorização de Ações de Saúde (PIASS), criado pelo Decreto nº 76.307, em 1976, que já apresentava a busca por um modelo de atenção básica à saúde, apesar de algumas limitações. Este reconhecia que a complexidade nosológica de uma comunidade aumenta na medida em que cresce o seu grau de desenvolvimento. Apontando assim que os serviços de saúde, nesse sentido, deveriam ser organizados de forma hierarquizada, descentralizando as ações mais simples e de fácil aplicação para as unidades localizadas em periferias, e centralizando, em locais estratégicos, os recursos e serviços especializados ou de maior porte (MERCADANTE, et. al, 2009).

Inicialmente o programa visava atender somente as comunidades do Nordeste com menos de 20 mil habitantes, mas com uma estrutura básica e permanente de saúde pública capaz de contribuir na solução dos problemas médicos-sanitários de maior reflexo social. No entanto, em 1979, ele se expande as demais regiões e representa um passo importante, pois pela primeira vez na história da atuação da previdência que são firmados convênios com as secretarias de saúde dos governos subnacionais (MERCADANTE, et. al, 2009).

Segundo Bravo (1996) a década de 80 inicia-se com fortes discussões, tendo como tema central a "extensão das ações de saúde através de serviços básicos", e por finalidade discutir propostas de

governo quanto à implantação e desenvolvimento de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

Em 1981, criou-se o CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) com o intuito de recomendar políticas com relação à assistência à saúde. Sua melhor estratégia foi a criação das Ações Integradas em Saúde (AIS) que visavam unificar a rede pública de saúde de convênios entre União, Estados e Municípios ou a descentralização dos recursos e das ações, através do INAMPS. Elas iniciam com o governo de José Sarney e finalizam-se com a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) (BRAVO, 1996).

O SUDS foi aprovado pelo Decreto nº 94.657/1987 em substituição as AIS e concomitantemente, a instalação da Assembléia Nacional Constituinte. Era baseado no princípio da integração dos serviços de saúde, públicos e particulares, devendo constituir uma rede hierarquizada e regionalizada, com a participação da comunidade na administração das unidades locais (BERTOLLI FILHO, 1998). De maneira geral, pode-se dizer que o SUDS serviu de precursor e viabilizador do Sistema Único de Saúde, garantido na Constituição Federal do Brasil e presente até os dias atuais.

Apesar do avanço de algumas iniciativas a favor da saúde pública, segundo Bravo (2006), a política de saúde na ditadura militar privilegiou o setor privado contribuindo para o seu declínio e, consequentemente, para o crescimento da medicina previdenciária, sobretudo, após a reestruturação do setor em 1966.

Esta medida garantiu a sua implantação sob algumas características como: extensão da cobertura previdenciária para a população urbana e demais classes de trabalhadores, ênfase da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, bem como a articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar. Contribuiu ainda para a criação do complexo médico-industrial, a interferência estatal na previdência e a expansão da prática médica sob os moldes do sistema capitalista que se consolidava no Brasil (TEIXEIRA FLEURY, 1986, citado por BRAVO, 2006).

Concluindo, a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, as conexões burocráticas advindas entre a relação estatal e empresarial e notadamente, pelo movimento sanitário que emergia. De maneira geral, as reformas organizacionais apresentadas ao longo deste tópico não foram suficientes para reverter à ênfase da política de saúde

sob a predominância da Previdência Social, mediante ações curativas, de cunho privado (BRAVO, 2006).

No próximo tópico traremos o contexto da luta pelo Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e que proporcionou influências importantes para sua definição e implementação através do SUS. Concluí-se, dessa forma, que esse movimento também vem trazer contribuições importantes para a definição e consolidação do novo paradigma na saúde, aquele voltado para a produção social da saúde.

2.1 A luta pela Reforma Sanitária no Brasil

A luta pela democracia promoveu a emergência de novos atores coletivos que se expressavam, sobretudo, através de Movimentos Sociais. A alta concentração de renda que gerou enorme dívida social ao Brasil constituiu-se no maior motivo para sua construção. Ainda dentre as consequências do regime militar, tem-se as desigualdades sociais e extrema extensão da pobreza. Por esses motivos, além de outros, que se propiciou um amplo debate que perpassou a sociedade como um todo na busca por propostas que revertesse esse quadro (GERSCHMAN, 1995).

As décadas de 70 e 80 constituíram-se num marco na política brasileira em torno do processo de democratização do país. A luta em seu favor possibilitou o surgimento de forças sociais como sindicatos, entidades profissionais, associações de bairro, movimentos contra a carestia, minorias e partidos políticos, os quais juntos formaram diversas formas de associação com o intuito de exigir o fim do regime militar (GERSCHMAN, 1995).

É nesse contexto que se tem o surgimento da proposta da Reforma Sanitária enquanto um processo de reformulação do setor da saúde. Esse processo teve início em meados da década de 70 e destacou-se pela liderança intelectual e política do Movimento Sanitário. O movimento era composto basicamente por um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, vindos notadamente do Partido Comunista Brasileiro, e que exerceram papel fundamental no enfrentamento ao regime militar. Esse grupo pode ser considerado o mentor do processo de reformulação do setor (GERSCHMAN, 1995).

A constituição do projeto pela Reforma Sanitária, através do Movimento Sanitário, teve seu impulso na década de 70 com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de medicina,

o que permitiu a difusão do pensamento crítico da saúde. Outros avanços se destacaram na implantação de políticas de saúde alternativas em contraposição àquelas impostas pelo regime militar, seja através de programas de extensão universitária, a partir das secretarias municipais de saúde, assim como através da ocupação de cargos técnico-administrativos no Ministério da Previdência Social, à medida que a transição à democracia avançava (GERSCHMAN, 1995).

Nas palavras de Gerschaman (1995, p. 42) dentre outros avanços conquistados pelo Movimento Sanitário, tem-se em 1986 a realização da VIII Conferência de Saúde, a qual permitiu a definição do projeto da Reforma Sanitária e que ocasionou mudanças para o setor em que foram pactuados os principais elementos que contribuíram para a inclusão da saúde na Constituição Federal do Brasil, "de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente equitativo".

A Reforma Sanitária sustentou-se no conceito ampliado de saúde relacionada às condições gerais de vida, tais como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer. Nesse contexto, os cuidados de saúde ultrapassavam o atendimento a doença e estendiam-se à prevenção e a melhorias nas condições de vida geradoras de doenças (GERSCHMAN, 1995).

Portanto, ser saudável não significa apenas não estar doente, mas também a possibilidade de produzir a sua própria saúde seja mediante os cuidados tradicionalmente conhecidos, ou seja, por ações que influenciam o seu meio, como ações políticas de redução de desigualdades, educação, cooperação intersetorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam nossa existência, enfim o poder de exercer a cidadania.

Bravo (2006, p. 96) destaca que entre as principais propostas debatidas por estes sujeitos coletivos estavam:

> "[...] a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, a descentralização do processo decisivo para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde".

Para que essa proposta se efetivasse eram necessárias mudanças. É nesse aspecto que o projeto de Reforma da Saúde propunha a criação de um Sistema Único de Saúde com predomínio do setor público, a descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a participação e o controle da população na reorganização dos serviços, assim como a readequação financeira do setor (GERSCHMAN, 1995).

No entanto, o retrocesso político vivenciado no Brasil depois do primeiro ano do governo da "Nova República" originou considerável estagnação nos avanços obtidos em definição da reforma do sistema de saúde a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde. Um exemplo disso ocorreu na composição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, responsável pelo processo de implantação do projeto da Reforma da Saúde na esfera do governo, a qual previa uma composição paritária entre entidades do governo e da sociedade. Porém, a composição foi aprovada e constituída por 22 representantes dos quais apenas seis pertenciam a organismos populares e o restante a organismos governamentais e privados (GERSCHMAN, 1995).

Gerschaman (1995) afirma que a partir de então se produziu um deslocamento da luta que vinha ocorrendo pela dimensão social da saúde. Desse modo, a disputa pela implantação da Reforma Sanitária passou a se dar na esfera dos enfrentamentos políticos que eram limitados pela relação de forças no interior dos aparelhos de Estado, afeiçoadas ao clientelismo político, a política de favores pessoais e as rotinas burocráticas como uma maneira de impedir a implantação de políticas inovadoras das práticas institucionais.

De maneira geral, as tentativas de transformação do sistema de saúde através da ocupação de espaços nos Ministérios não permitiram a continuidade de avanços na implantação da Reforma (GERSCHAMAN, 1995).

Não obstante, deve-se destacar que em 1987 aprovou-se o Decreto que possibilitava a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), o qual objetivava o encurtamento da máquina previdenciária de nível estadual, a transferência dos serviços de saúde e dos recursos financeiros para os Estados e municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde para cada esfera de governo e a transferência para os níveis estaduais e municipais dos instrumentos de controle sobre o setor privado.

Sintetizando, o SUDS teve como principais objetivos a unificação dos sistemas (Ministério da Saúde e INAMPS e do Ministério da Previdência e Assistência Social) com consequente

universalização da cobertura e a descentralização. Porém, no que diz respeito a sua implantação, o que ocorreu efetivamente foram somente mudanças administrativas no setor (GERSCHAMAN, 1995).

Assim, a política de saúde nesse período vivenciou uma série de percalços, entre eles, obstáculos à implantação do SUDS através do desaparecimento dos recursos nos diferentes níveis (federal estadual e municipal). O processo de descentralização caracterizou-se por idas e vindas na integração interinstitucional, tal como no que diz respeito ao privilegiamento do setor público (GERSCHAMAN, 1995).

Essas evidências trouxeram grande desconfiança da população em relação ao setor público, o que possibilitou o crescimento do setor privado. Prova disso é que em 1989 aproximadamente um quarto da população, 32 milhões de pessoas, estava coberto pelos seguros privados (GERSCHAMAN, 1995).

Outro evento que merece destaque nesse período, foi a criação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde[4], cuja finalidade era dar continuidade à articulação dos organismos da sociedade civil que participaram da VIII Conferência de Saúde, bem como elaborar um Projeto Constitucional que seria apresentado no processo Constituinte. De fato, ela conseguiu obter resultados significativos para a questão saúde garantindo não só que os princípios da Reforma Sanitária fossem contemplados na Constituição Nacional, mas também direito universal a saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (GERSCHAMAN, 1995).

Gerschaman (1995, p. 44) finaliza afirmando que "enquanto a Reforma Sanitária era incorporada à Constituição Nacional no capítulo referente à saúde, paradoxalmente a implantação do SUDS atravessava o momento de maior retrocesso que foi fortemente combatido com o movimento popular da saúde".

2.2.1 O Sistema Único de Saúde

A partir do movimento pela Reforma Sanitária, que se consolidou na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986,

---

[4] A Plenária Nacional de Entidades de Saúde compunha-se de entidades representativas do movimento popular em saúde, CONAM e Federações Estaduais, do movimento sindical (CUT, CGT, CONTAG), dos partidos políticos de esquerda (PCB, PC do B, PT, PSB, PDT), dos profissionais de saúde, dos representantes do Movimento Sanitário e Academia (CEBES, ABRASCO, UNE, etc) e das entidades estaduais e municipais da saúde favoráveis a reforma (CONASS, CONASSEM) (GERSCHAMAN, 1995).

discutia-se um novo modelo de atenção a saúde para o Brasil sob os auspícios do paradigma da produção social da saúde. Teve-se assim, como resultado, a garantia constitucional por meio de emenda popular sendo a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado. Constitui dizer que todo cidadão independente de cor, raça, credo, posição social, com ou sem carteira assinada enfim, tem o seu direito à saúde reconhecido e que o Estado fica obrigado a dar assistência em todos os níveis (primário, secundário ou terciário) a quem necessitar.

Mediante a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, resultado de intensas lutas coletivas, tem-se uma série de conquistas que universalizam os direitos sociais, entre eles o direito a saúde. A fim de obter melhorias para o setor, têm-se a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) encadeado aos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade que posteriormente serão discutidos. O campo da saúde passa a ser dever do Estado, além do mesmo estar ligado a fatores econômicos e sociais.

Assim o artigo 196 da Constituição Federal prevê:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2009, p. 33).

No artigo 198 da Constituição Federal, tem-se que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único com base nas seguintes diretrizes ou princípios organizacionais: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Com a criação do SUS tem-se um sistema formado por instituições dos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal) e também pelo setor privado no sentido da complementaridade. Torna-se assim, um sistema único visto que tem a mesma atuação e organização em todo o território nacional. Propende agir mediante os princípios da universalidade, pois compreende todos os cidadãos brasileiros sem distinção alguma; da integralidade, entendendo a saúde em seus múltiplos aspectos – em sua totalidade, fornecendo tratamento assistencial e preventivo a toda a comunidade, entendendo que os

recursos devem ser ofertados de acordo com a necessidade de cada região/cidadão, ou seja, onde a carência for maior; e deve contar com a participação popular através dos Conselhos e Conferências de Saúde, respeitando a composição paritária e o seu poder de decisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Atualmente a integralidade vem sendo objeto de debate, não somente quanto a sua definição, mas especialmente pela busca de sua efetivação. De acordo com Mendes (1995), o estudo em torno do tema da integralidade é desafiador, pois implica reconhecer múltiplos fatores, dentre eles a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde-doença compõe uma totalidade que envolve os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes naturais e sociais.

Conforme Bravo (2006), o processo constituinte e a promulgação da Constituição representaram no plano jurídico a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no país referente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços buscando corrigir as históricas injustiças sociais, as quais foram acumuladas secularmente, e a não universalização dos direitos, tendo em vista a longa tradição de privatização de deveres públicos pelas classes dominantes.

A década de 90 no Brasil caracterizou-se pela concorrência de dois projetos antagônicos na área da saúde, sendo eles: o universalizante, norteado pela concepção de saúde como direito social assegurado pelo Estado e vinculado à proposta de reforma sanitária, e o neoliberal, pautado em ações de saúde mediante planos e seguro privado, consórcios, dentre outros. Este é voltado à focalização de recursos em que o Estado direciona ações a uma pequena parcela da população, opondo-se a universalização dos serviços médicos e de saúde, ou seja, respalda suas ações em concepções individuais de caráter seletivo, priorizando ações curativas.

Esta década apresenta outro fato marcante que coincide com a criação de um aparato jurídico-legal voltado para a regulação do Sistema Único de Saúde, sendo elas: a Lei Orgânica de Saúde, Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOBs). É somente a partir da concepção dessas leis e normas que o SUS começa a ser implementado. Acrescido a forte onda neoliberal, o Brasil vivenciava uma época de incertezas quanto a sua política econômica e o destino político do país, o que repercutiu negativamente no setor da saúde.

A Lei 8.080, de 1990, tem por finalidade organizar o funcionamento do SUS no que tange as diretrizes, princípios, gestão, competências e atribuições de cada esfera de governo, proporcionando recursos para o financiamento do sistema, os quais devem ser provenientes do orçamento da União, como também oferecendo condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Já a Lei 8.142/90 estabelece as condições para o recebimento de recursos pelos estados e municípios e prevê a participação da comunidade local, via conselhos (municipais/estaduais) na deliberação, fiscalização e controle das políticas de saúde, bem como da participação nas Conferências de Saúde que buscam avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Cabe ressaltar que com o passar do tempo o termo 'Controle Social' sofreu uma alteração semântica - uma mudança no seu entendimento. De acordo com Carvalho citado por Mioto e Nogueira (2006a), esse termo teve origem na sociologia e significava o controle do Estado sobre a sociedade ou do empresariado sobre as massas. Especificamente na saúde, essa concepção esteve presente até meados de 1960 quando ocorria o 'sanitarismo campanhista', o qual se destacou pelas amplas campanhas de combate às endemias, tais como malária, febre amarela, tuberculose, entre outras, de forma autoritária e discriminatória, tratando as resistências como delito.

Contrariamente, com surgimento do processo de redemocratização da sociedade brasileira através do debate referente à democracia, assim como do surgimento do movimento sanitário, esse conceito inverte-se passando a significar o controle da sociedade organizada sobre o Estado, exercido por meio de instrumentos democráticos, já citados, tais como os Conselhos e as Conferências, entre outros (MIOTO; NOGUERIA, 2006a).

Sendo assim, a concepção de controle social, sob os auspícios da Reforma Sanitária, é entendida enquanto:

> "[...] um processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança (CARVALHO, 1997, citado por MIOTO E NOGUEIRA, 2006a, p. 227)".

Bravo e Souza (2009, p. 08) destacam que o debate sobre os conselhos se inscreve na discussão da constituição de espaços públicos e na importância da participação da população, que possibilitam a ampliação da democracia. “[...] é necessário que se tenham espaços onde a população participe ativamente do exercício do poder político, redefinindo a relação entre Estado e Sociedade”. Portanto, os Conselhos “[...] podem ser visualizados como inovações na gestão das políticas sociais, procurando assegurar que o Estado atue em função da sociedade, no fortalecimento da esfera pública”.

No entanto, o significado político dos conselhos e as consequências de sua institucionalização vêm sendo alvo de questionamentos, especialmente, no que diz respeito à participação da sociedade civil nesses espaços (BRAVO; SOUZA, 2009). Ao longo desse trabalho, especificamente no segundo capítulo, traremos subsídios para seu debate, assim como formas de enfrentamento através das ações profissionais do Assistente Social.

As Normas Operacionais Básicas apresentam-se como aparatos legais responsáveis pelo direcionamento das estratégias do SUS. A NOB 91 deteve-se apenas na realização de arranjos institucionais necessários para a descentralização do SUS objetivando a liberação de recursos para os estados e municípios.

A NOB 93 foi resultante da IX Conferência Nacional de Saúde que teve como tema a municipalização do atendimento a saúde. Estabelece os critérios para a habilitação dos municípios em condições de gestão diferenciadas (parcial incipiente e semiplena); cria as comissões intergestoras bipartite e tripartite e as transferências de recursos passam a ser realizadas de fundo a fundo. Assim como a NOB 91 a NOB 93 apresentou recursos elevados destinados à produção de serviços.

A fim de superar as dificuldades referentes ao financiamento e ao processo de descentralização, surge a proposta da NOB 96. Esta teve como objetivo a consolidação do município como gestor da saúde via descentralização e execução direta dos serviços de atenção básica ao bem-estar. Trouxe avanços no que se refere à definição das responsabilidades de cada esfera de governo e também direcionou os municípios para a gestão de serviços de atenção básica, garantido através do Teto Financeiro Global do Município. Este foi constituído pelo Piso de Atenção Básico Fixo destinado ao custeio da assistência básica a saúde e o Piso de Atenção Básico Variável que buscava incentivar as ações e programas básicos gerenciados pelos municípios, tais como: Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa de

Combate a Carências Nutricionais, Programa Saúde da Família, ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Vigilância Sanitária e Assistência Farmacêutica Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Dessa forma, entende-se que a NOB 96 é de suma importância para a implantação do PSF, uma vez que estabelece a base financeira para a sua sustentação, e, sobretudo, propõe a mudança do modelo assistencial de atenção à saúde. Assim, propõe ainda duas novas modalidades de gestão ao município: a gestão plena de atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. Destaca-se a primeira, pois visa direcionar os municípios para ações básicas de promoção e prevenção à saúde como previsto pelo PSF. Uma discussão mais aprofundada do novo modelo de atenção à saúde, executado pelo PSF, será realizada na sequência do presente trabalho.

Ainda no âmbito das Normas Operacionais, tem-se em 2002 a criação da NOAS SUS, a qual objetiva promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso a população às ações de saúde em todos os níveis. Buscou recuperar e redefinir o conceito de descentralização associando-o ao princípio da regionalização, ou seja, da integração entre os sistemas municipais, em que fica assegurado ao Estado somente o papel de coordenador e mediador das ações de saúde. Dentre as inovações trazidas pela NOAS, destacam-se: elaboração do Plano Diretor de Regionalização, ampliação da Atenção Básica, qualificação das microrregiões na Assistência a Saúde, organização da Média Complexidade e a definição da Política para a Alta Complexidade.

De maneira geral, todas as garantias constitucionais e jurídico-legais buscam dar continuidade ao processo de implantação do SUS, que apesar dos avanços obtidos, ainda enfrenta uma série de dificuldades e, portanto, inúmeras críticas que revelam interesses antagônicos, sejam a favor daqueles princípios defendidos na Reforma Sanitária ou daqueles que se pautam no modelo neoliberal, sob interesse do mercado financeiro.

Nesse contexto, Mendes (1996) destaca que "[...] o SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para o seu término", pois reformas sociais em ambiente democrático são, por natureza, lentas e politicamente custosas. Portanto, deve-se reconhecer a complexidade dessa construção que se dá num ambiente habitado pela diversidade de representações de interesses, haja vista os campos sociais de diferentes hierarquias, seja no nível político, cultural e/ou tecnológico.

Atualmente, a busca pela superação das dificuldades encontradas na implementação do SUS possibilitou a construção do PACTO PELA SAÚDE, no ano de 2006, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades da população que implicaram a definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS que possuem objetivos e metas específicos através de suas diretrizes operacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O Pacto pela Vida constitui-se como um conjunto de compromissos sanitários advindos de análise da situação de saúde do país e tem como prioridades a saúde do idoso, do câncer do colo de útero e de mama, a mortalidade infantil e materna, as doenças emergentes e endemias, sobretudo a dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde, assim como a consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O Pacto em Defesa do SUS defende os princípios fundamentais da política pública de saúde e sua concretização se dá por um movimento de repolitização da saúde. Tem como estratégia a mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, resgatando o processo de instituição da saúde enquanto direito de cidadania e tem como ponto central o financiamento público da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

E o Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Logo, sendo o Brasil um país de muitas diferenças, para avançar na regionalização e descentralização do SUS, torna-se necessário respeitar as singularidades regionais. Para tanto, reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Pode-se perceber com a definição e compromisso com o Pacto pela Saúde, que apesar das dificuldades encontradas, os ideais defendidos ao longo dos anos pelos representantes dos movimentos sociais, pelos profissionais de saúde, sanitaristas, comunidades acadêmicas, sindicatos, e população em geral permanecem vivos e que sustentam suas atividades, principalmente, através da Estratégia Saúde da Família - principal forma de reorganizar a prática assistencial de saúde.

Em entrevista concedida ao Jornal do Conselho Nacional de

Secretários de Saúde, 2007, o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, destaca que uma das dimensões mais importantes desse pacto consiste no retorno às bases da reforma sanitária brasileira, buscando repolitizar e discutir aspectos da saúde juntamente com os atores sociais que historicamente construíram o SUS. Outro fator é perceber os conceitos que permearam esse movimento, tais como a intersetorialidade, a importância de políticas de emprego e renda, do desenvolvimento econômico, da habitação, do saneamento, do lazer, da cultura e do trabalho como espaços determinantes do acesso à saúde de melhor qualidade (MOREIRA, 2010).

Como já explicitamos diversos atores sociais permaneceram presentes na definição e consolidação do novo modelo de atenção a saúde no Brasil. Nesse aspecto, a concepção ampliada de saúde e os determinantes sociais, como estruturante do processo saúde-doença, contribuíram para a ampliação do espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais em particular. A definição do conceito ampliado de saúde envolve reconhecer o ser humano como ser integral e o seu bem-estar como qualidade de vida. Exige, portanto, condições que permitam a população exercer sua cidadania, o que pode ser traduzida pelas condições gerais de vida que influenciam o estado de saúde da população.

Em meio aos entraves postos ao SUS constitucional e às proposições da Reforma Sanitária brasileira, é que os assistentes sociais vêm compartilhando seus princípios ético-políticos de acordo com os valores que dão sustentação a Reforma Sanitária na busca pela construção de uma sociedade radicalmente nova, democrática, republicana e solidária.

Ao longo de 30 anos vem-se construindo o projeto profissional do Serviço Social, acreditando que a realização do trabalho de qualidade só se efetiva quando a intervenção está alicerçada pelos princípios da Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Sabemos que a nova configuração da política de saúde tem impactado o trabalho dos assistentes sociais em diversas dimensões, a saber: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Tem-se a ampliação do trabalho precário, assim como de ações que buscam amenizar a situação de pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida (CFESS, 2009a).

Assim, encontramos a necessidade de articulação entre a atenção às requisições profissionais e o projeto ético-político da

profissão a fim de efetivar respostas profissionais qualificadas aos usuários e às instituições, de modo a diferenciar-se de ações baseadas em abordagens tradicionais, funcionalistas, psicologizantes e pragmáticas. Aponta-se ainda como necessário o rompimento com a prática rotineira, burocrática e acrítica, buscando investigar a realidade social dos usuários, sob os referenciais teóricos, ético e políticos da profissão, bem como do projeto de reforma sanitária (CFESS, 2009a).

O CFESS (2009a) reafirma, nesse sentido, que as entidades de Serviço Social na atualidade têm por desafio articular-se com os demais profissionais de saúde e os movimentos sociais na defesa da reforma sanitária. Parte-se do pressuposto que as transformações nas políticas sociais, assim como na saúde, somente serão efetivadas mediante amplo movimento de massas, as quais possibilitem o questionamento da cultura política da crise gestada pelo grande capital, e a luta pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

Requer o reconhecimento de que no Brasil existe uma divergência entre o desenvolvimento econômico e social que se manifesta nas desigualdades sociais. Essa reflete a alta concentração de renda e a dificuldade de medidas eficazes de geração de emprego, de habitação, de transporte, de educação, entre tantos outros que acarretam pobreza e exclusão. Vemos aí a necessidade de enfrentamento desses desafios que vão muito além da efetivação do direito a saúde. Exigem-se condições e oportunidades de desenvolvimento social, principalmente através da apropriação e distribuição mais equânime das riquezas geradas pela sociedade.

CAPÍTULO 2

Costa (2000) ao pesquisar sobre o trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais, afirma que ele não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam. Em documento divulgado pela ABESS citado por Costa (2000, p.37), a inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho "encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social, organizando assim seus objetivos institucionais para a intervenção sobre essas necessidades".

Ao longo desse capítulo apresentar-se-á o contexto histórico em que se dá a inserção do Serviço Social na saúde, o desenvolvimento das suas ações nesse contexto, como também os desafios postos a saúde na busca pela construção de um modelo de atenção a saúde pautado na concepção ampliada de saúde e, consequentemente, ao próprio profissional de Serviço Social que passou a ser reconhecido como profissional da saúde através da Resolução nº 218, de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde, e da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999.

Assim, o estabelecimento de princípios ético-políticos em consonância com aqueles defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária deve ser refletido mediante sua prática ou ação profissional. Além disso, a perspectiva em torno de ações integrais em saúde tem ganhado destaque constitucionalmente e desafiam os diferentes profissionais, entre eles o assistente social, e setores da sociedade a fim de garantir de forma efetiva a consolidação do modelo assistencial preconizado pelo SUS.

2.1 Breve contextualização do Serviço Social na saúde

De acordo com Bravo e Matos (2006), a conjuntura de 30 e 45 possibilitou o surgimento do Serviço Social no Brasil, sob influência européia. No entanto, sua expansão ocorreu a partir de 1945 devido, sobretudo, aos fatores históricos vividos na época, assim como às exigências e necessidade de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças no contexto internacional, em função do término da 2ª

Guerra Mundial.

Diante deste contexto, ainda nesta década, tem-se a ampliação da ação profissional do Serviço Social na saúde, o que possibilitou ao setor maior absorção de assistentes sociais. A influência européia foi substituída pela norte-americana, tanto no nível da formação profissional quanto nas instituições prestadoras de serviços. Esta influência teve como marco o Congresso Interamericano de Serviço Social, realizado em Atlantic City, nos Estados Unidos, no ano de 1941.

Bravo e Matos (2006) consideram também que a elaboração do conceito ampliado de saúde, no ano de 1948 e difundido por organismos internacionais, o qual enfocava os aspectos biopsicossociais, contribuiu para a ampliação profissional do assistente social. O "novo" conceito de saúde surgiu devido ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente nos países periféricos, e determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, dentre eles o assistente social. Houve destaque no trabalho multidisciplinar a fim de amenizar a falta de profissionais e a criação de programas prioritários com segmentos da população, em virtude da inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

De maneira geral, pode-se destacar que o assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da população, especificamente sobre os hábitos de higiene e saúde, como também atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde (BRAVO; MATOS, 2006).

De acordo com Bravo e Matos (2006), nesse período os assistentes sociais na saúde priorizavam suas ações no nível curativo e hospitalar. Sua atuação voltava-se para os hospitais, concentrando-se na viabilização dos objetivos da instituição e no acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Suas ações resumiam-se ao plantão, triagem e seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Bravo e Matos (2006) acreditam que a priorização das ações no nível curativo e hospitalar, pelos assistentes sociais, tem origem na consolidação da política nacional de saúde naquele momento em que se ampliavam os gastos com a assistência médica, através da previdência social. Esse contexto contribuiu para a formação de uma contradição no setor da saúde entre a alta demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Os assistentes sociais tornavam-se importantes profissionais, justamente para trabalhar com essa contradição.

O Serviço Social Médico atuava com o Serviço Social de Casos, em que a participação da população resumia-se ao engajamento

no tratamento. As propostas de Desenvolvimento de Comunidade (DC) que surgiam na década de 50, principalmente nos Estados Unidos, não tiveram repercussão no trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais no Brasil. Mantinham-se as ações nos hospitais e ambulatórios, já nos centros de saúde objetivava-se a educação sanitária.

A década de 1960 foi fundamental para o Serviço Social, pois ocorreram profundas transformações que influenciaram o trabalho do assistente social na área da saúde. A partir desse período houve o início do debate na profissão e o questionamento do seu conservadorismo encadeado ao 'movimento de reconceituação' que ocorria na América Latina, em 1965, cujo debate centrava-se na contestação do Serviço Social importado, sob influência norte-americana, com práticas assistenciais e ajustadoras. No entanto, esse processo de crítica foi interrompido pelo golpe militar de 1964 que acabou por neutralizar os protagonistas sociopolíticos que estavam comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado (BRAVO; MATOS, 2006).

Bravo e Matos (2006) apontam que sob a égide da modernização conservadora tem-se a renovação do Serviço Social. O período de 1965 a 1975 destacou-se pela elaboração teórica do Serviço Social difundido pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS). Nesse sentido, o Serviço Social sob a perspectiva modernizadora, significava a adequação da profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós-1964. O Serviço Social era visto como integrador no processo de desenvolvimento, sob influência do estrutural-funcionalismo norte-americano e tinha como única preocupação a inserção da profissão numa moldura teórica e metodológica.

O Serviço Social na saúde, sob influência da perspectiva modernizadora, sedimentou suas ações na prática curativa, sobretudo na assistência médica previdenciária. Destacavam-se como técnicas de intervenção a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios.

Apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento geral da sociedade, no período de 1974-1979, o Serviço Social na saúde permaneceu sem alterações (BRAVO; MATOS, 2006).

Como já dito neste trabalho o final da década de 70 e início da década de 80, no Brasil, foi um período de grande mobilização política que permitiu a construção da reforma sanitária através de um intenso movimento da saúde coletiva. Concomitantemente ao Movimento da

Reforma Sanitária, ocorre um processo interno de revisão do Serviço Social Tradicional. Bravo e Matos (2006) apontam que houve um descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde, pois não foi realizada uma relação entre o debate da profissão, de negação do Serviço Social Tradicional ou conservador, com outros debates que buscavam a construção de práticas democráticas, tais como o movimento pela reforma sanitária.

Outro fator que merece destaque, segundo Bravo e Matos (2006), é que a década de 80 foi fundamental para o entendimento da profissão hoje, uma vez que representou o início da maturidade da tendência atualmente hegemônica nas universidades e entidades representativas da categoria, ou seja, a intenção de ruptura sob a interlocução com a vertente marxista. Porém, na medida em que o Serviço Social aponta um crescimento na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, tem-se uma lacuna na intervenção em que poucas foram às alterações, sob a intenção de ruptura, que repercutiram no cotidiano dos serviços. Segundo Netto (1996) esse divisor teórico-prático explica-se pelo fato da maioria dos profissionais adeptos a vertente marxista estarem inseridos nas universidades.

Dessa forma, conclui-se que apesar dos avanços obtidos na área da saúde nos anos 80, dentre os quais uma postura crítica dos trabalhos em saúde, o Serviço Social adentra nos anos 90 com uma incipiente alteração na prática institucional. Portanto, a profissão continua desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária e sem nenhuma representatividade na máquina do Estado, de forma desigual ao que vinha ocorrendo no encaminhamento da Reforma Sanitária, assim como apresentava insuficiente produção sobre 'as demandas postas à prática em saúde' (BRAVO; MATOS, 2006, p. 205).

Segundo Bravo e Matos (2006), o projeto político econômico adotado pelo Brasil nos anos 90, o neoliberalismo, confrontou-se tanto com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, quanto com o projeto da reforma sanitária. Na esfera da saúde, tem-se o questionamento do projeto da reforma sanitária que possibilitou a consolidação, na segunda metade dos anos 90, do projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este se pautava na política de ajuste, na contenção de gastos com a racionalização da oferta e na descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.

Nesse aspecto, apresentou uma dualidade na oferta de serviços uma vez que coube ao Estado a garantia de um mínimo àqueles que não podiam pagar e ao setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. As principais características do projeto de saúde

vinculado ao mercado ou privatista são: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso.

Ambos os projetos apresentaram ao Serviço Social diferentes requisições, das quais destacam-se:

> "Projeto Privatista: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.
> Projeto da Reforma Sanitária: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO e MATOS, 2006, p. 206)".

Nesse curso, identifica-se ainda na atualidade a persistência de dificuldades no SUS, tais como o desafio da construção de práticas baseadas na integralidade, a ênfase na focalização, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e retrocessos nas experiências de controle social e a falta de articulação entre os movimentos sociais, etc. (CFESS, 2009a).

Em suma, apesar dos inúmeros avanços que o sistema de saúde brasileiro tem conquistado, percebe-se ainda um modelo de atenção a saúde centrada no biologicismo, no mecanicismo, no curativismo, na tecnificação do ato médico, assim como da especialização crescente dos profissionais, o que é característica do modelo tradicional e hegemônico ou do modelo flexneriano, como já destacado anteriormente. Essa perspectiva tem se reproduzido na formulação de políticas públicas para o setor, nos modos de gerir estas políticas e nas práticas profissionais, dificultando assim o processo de implantação e consolidação do SUS.

No entanto, em meio aos entraves postos ao SUS constitucional e às proposições da Reforma Sanitária brasileira é que os assistentes sociais voltam-se na defesa desse sistema, compartilhando dos mesmos princípios ético-políticos de anseio pela construção de uma sociedade radicalmente nova, democrática, republicana e solidária, como também pela construção de um modelo de atenção a saúde, de fato, baseado na

concepção ampliada de saúde e seus determinantes.

2.2 Serviço Social e o Projeto Ético-Pólitico da profissão

O Serviço Social é uma profissão que possui um projeto ético-político voltado na luta por direitos. As novas demandas exigem um perfil profissional crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. "[...] Exige, para tanto, compromisso ético-político com valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica da explicação da vida social" (IAMAMOTO, 2006, p. 193).

Esses elementos unidos à pesquisa da realidade possibilitam enfrentar situações particulares do seu trabalho cotidiano, conectando-os aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam. "Mas requisita, também, um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los" (IAMAMOTO, 2006, p. 193).

Nesse âmbito, faz-se necessário trazer a tona, primeiramente, os elementos que versam sobre o atual projeto ético-político da profissão, o que possibilita embasamento necessário a atuação profissional do assistente social nos diversos espaços sócio ocupacionais, em especial a saúde, a fim de identificar suas ações profissionais bem como sua articulação com esse setor.

Netto (2006) afirma que as ações humanas sempre são orientadas para objetivos, metas e fins. Sendo elas, individual ou coletiva, expressam necessidades e interesses que implicam sempre um projeto ou uma antecipação ideal da finalidade que se pretende alcançar, invocando os valores que a legitimam e a escolha dos meios para conquistá-la. Nesse sentido, discorre sobre projetos societários[5] ou coletivos e projetos profissionais ou individuais.

Os projetos profissionais inscrevem-se no marco dos projetos

[5] "Trata-se de projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la. Seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade" (NETTO, 2006, p. 142).

coletivos e constituem-se na:

> "auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (NETTO, 2006, p. 144)".

Assim, os projetos profissionais são construídos pelas categorias profissionais e com dimensões políticas, tanto no sentido amplo (no que se refere às suas relações com os projetos societários), quanto em sentido estrito (no que se refere às perspectivas particulares da profissão). São também estruturas dinâmicas, já que respondem às alterações no sistema de necessidades sociais em qual a profissão atua, as transformações econômicas, históricas e culturais, ao desenvolvimento teórico e prático da própria profissão e às mudanças na composição social do corpo profissional, por essa razão eles renovam-se e modificam-se (NETTO, 2006).

Segundo Iamamoto (2006), o Serviço Social brasileiro vem redimensionando e renovando sua interpretação no âmbito teórico-metodológico nos campos dos valores, da ética e da política. Sob o embate ao Serviço Social Tradicional e conservador, buscou-se adequar criticamente a profissão às exigências atuais. Nesse contexto, constituiu democraticamente sua base normativa mediante a Lei de Regulamentação da Profissão, através do estabelecimento de competências e atribuições profissionais como o Código de Ética do Assistente Social, de 1993, que prescreve uma série de direitos e deveres, princípios e valores humanistas que devem guiar o exercício cotidiano e também a renovação das Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional. Dentre os princípios que regem a profissão de Serviço Social têm-se:

- o reconhecimento da liberdade como valor ético central, que requer o reconhecimento da autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais e de seus direitos;
- a defesa intransigente dos direitos humanos contra todo tipo de arbítrio e autoritarismo;

- a defesa do aprofundamento da democracia enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativo aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;
- articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física (CFESS, 1993ª, p. 11).

Para Iamamoto (2006) a efetivação dos princípios elencados remete a luta, no campo democrático-popular, pela construção de uma nova ordem societária e indicam, no exercício cotidiano, um novo modo de operar o exercício profissional. E ressalta o desafio de torná-lo um guia efetivo para o exercício profissional que exige um radical esforço em integrar o dever ser com sua implementação prática.

Como visto, a Lei de Regulamentação da profissão no Brasil estabelece as competências e atribuições privativas do assistente social. De maneira geral, elas expressam a capacidade de apreciar e dar resolutividade a determinados assuntos a saber:

- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
- planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
- planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
- prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
- realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CFESS, 1993b, p. 1-2).

Para Iamamoto (2006) “atribuir às funções e atribuições profissionais pressupõe apreender e explicar o que o assistente social faz na realidade, elucidando os fundamentos do trabalho profissional e seu significado social no processo de reprodução das relações sociais”.

De maneira geral, Iamamoto (2006) considera que o projeto profissional expressa condensação das dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas no Serviço Social englobando, também, a formação e o exercício profissional.

2.3 Ação profissional do Serviço Social no SUS

Percebe-se ao longo deste trabalho que a concepção ampliada de saúde vem norteando as ações do SUS, através da sua definição na Constituição Federal do Brasil, principalmente, através do artigo 196 que institui a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas e sociais, buscando a redução do risco da doença e de outros agravos, assim como o seu acesso universal e igualitário, com vistas à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

Ainda na Lei 8.080, em seu artigo 3°, a concepção ampliada de saúde ganha mais visibilidade afirmando que a mesma tem como fatores determinantes e condicionantes o acesso à alimentação, a moradia, ao saneamento básico, ao meio ambiente, ao trabalho, a renda, a educação, ao transporte, ao lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Logo, os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país (Lei 8.080, 1990).

Nesse sentido, o novo modelo de atenção à saúde, sob a concepção ampliada de saúde e a adoção dos determinantes sociais como estruturante do processo saúde-doença, vem colaborando para a ampliação do espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais. Com isso, a ação profissional vem transcendendo a ação direta com usuários e atuando também no planejamento, gestão, assessoria, investigação, formação de recursos humanos e nos mecanismos de controle social, através dos conselhos e conferências (CFESS, 2009b).

No decorrer deste tópico, pretende-se realizar uma reflexão acerca da dimensão técnico-operativa do Serviço Social através das ações profissionais, considerando sua dimensão teórico-metodológica e ético-política e sua articulação com a saúde. Sendo assim, cabe destacar que a proposta apresentada não pretende reduzir a profissão apenas a sua

dimensão técnico-operativa enquanto estratégias e técnicas. Como afirma Iamamoto (1999, p.52), faz-se necessário enfrentar o desafio de "transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade".

Para tanto, compreende-se a ação profissional como:

> "[...] conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/profissionais de forma responsável, consciente. Portanto, contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológico e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos da profissão. Estes, por sua vez, implicam diferentes concepções de homem, de sociedade e de relações sociais (MIOTO, 2001 citado por LIMA, 2004, p. 61)".

Nesse sentido, Lima e Mioto (2009) apontam que a ação profissional contém diferentes elementos que lhes dão direção e materialidade, são eles: os condicionantes e os estruturantes.

Por elementos condicionantes tem-se o projeto profissional, o qual expressa uma direção ético-política pautada numa concepção teórico-metodológica, e que orienta os profissionais dentro de um projeto societário. Tem-se ainda a natureza dos espaços sócio-ocupacionais, uma vez que os espaços de natureza diferentes (público e privado) incidem e condicionam diferentemente os objetivos das ações profissionais e a própria autonomia profissional. E finalmente, as demandas e necessidades dos usuários que são condicionadores da ação profissional, pois norteiam os objetivos da ação a ser desenvolvida e desencadeiam o processo no qual se articulam os elementos condicionantes e estruturantes (LIMA; MIOTO, 2009).

Os elementos estruturantes da ação profissional constituem-se como aqueles que dão sustentabilidade a toda e qualquer ação, podendo ser: o conhecimento/investigação, o planejamento, a documentação, os objetivos, as formas de abordagens dos sujeitos a quem se destinam as ações, os instrumentos técnico-operativos e outros recursos (LIMA;

MIOTO, 2009).

De acordo com Lima e Mioto (2009, p. 37), o conhecimento/investigação refere-se ao corpo de conhecimentos já construídos e relacionados à realidade, aos espaços sócio-ocupacionais dos Assistentes Sociais e aos sujeitos destinatários da ação profissional. O conhecimento pressupõe a "[...] existência de uma atitude investigativa que permite a compreensão das particularidades existentes nos diferentes campos de exercício profissional, como na definição de ações profissionais que melhor respondam às demandas e necessidades postas pelos sujeitos".

O planejamento permite projetar a própria ação a partir do conhecimento da realidade, desde a proposição de objetivos a escolha das formas de abordagem e de instrumentos operativos. Assim, ambos os elementos conhecimento/investigação e o planejamento exigem uma conexão com as matrizes teórico-metodológicas que norteiam o exercício profissional (LIMA; MIOTO, 2009).

A documentação é essencial tanto no processo de conhecimento/investigação como para a sua sistematização e seu planejamento. Ela "[...] permite estabelecer novas prioridades, reconhecer as demandas, entre tantos outros, no momento de reflexão crítica da realidade, seja nos espaços sócio-ocupacionais ou de seus processos de trabalhos, a fim de ampliar seus conhecimentos sobre a profissão e a sociedade" (LIMA; MIOTO, 2009).

Todos os elementos estruturantes citados se articulam com os objetivos definidos e as abordagens para aproximação com a realidade e com os sujeitos destinatários da ação, e se realizam através dos instrumentos técnico-operativos e de seus recursos. As abordagens vinculam-se com os objetivos e podem ser classificadas em coletiva, grupal ou individual. Elas podem ser viabilizadas através de alguns instrumentos como a entrevista, as reuniões, as assembléias, os encaminhamentos, ou ainda a combinação desses instrumentos, como a visita domiciliar, a entrevista familiar, o trabalho com redes e outros (LIMA; MIOTO, 2009).

Partindo da combinação desses elementos, condicionantes e estruturantes, da ação profissional, tem-se uma articulação dialética entre as dimensões teóricas, éticas e técnicas. Assim como toda operacionalização da ação implica na articulação dos conhecimentos entre o universal, o particular e o singular. Significa dizer nas palavras de Iamamoto (2005) que se deve estabelecer uma relação indivíduo/sociedade com as macroanálises e microsituações enfrentadas no cotidiano profissional, através das demandas postas pelos sujeitos

singulares ou coletivos.

A partir dessas demandas são estabelecidos objetivos dentro dos limites e possibilidades dos espaços sócio-ocupacionais. Essa leitura é permitida através da investigação e do conhecimento das necessidades da população, postas pelas suas demandas e condições de vida, e em diálogo com os conhecimentos já produzidos pelas particularidades das situações e de acordo com a matriz teórico-metodológica que embasa determinado projeto profissional.

Assim, Lima e Mioto (2009, p. 39) partem do pressuposto que é impossível conceber a ação profissional de forma isolada das dimensões teóricas, éticas e técnicas da profissão. Dessa maneira, as ações profissionais se articulam em eixos ou processos interventivos na medida em que se diferenciam ou se aproximam entre si. Considera-se assim, a existência de três eixos ou processos interventivos que podem ser identificados em qualquer campo profissional de inserção de Assistentes Sociais. São eles: os processos político-organizativos, os processos de planejamento e gestão e os processos sócio-assistenciais.

Esses processos estão dialeticamente articulados e ancorados na dimensão investigativa, onde "[...] sua compreensão depende de mediações teórico-instrumentais capazes de dar sustentação às construções teórico-metodológicas e ético-políticas, subsidiando o trabalho propriamente dito, ou seja, aquele que se realiza através de um leque de possibilidades representadas pelas ações profissionais". (LIMA; MIOTO, 2009).

Lima e Mioto (2009) ainda ressalvam que as ações articuladas no eixo ou processo político-organizativo privilegiam e incrementam discussões encaminhando-as para a esfera pública. Seu foco principal é dinamizar e instrumentalizar a participação dos sujeitos respeitando o potencial político e o tempo dos envolvidos. Partem das necessidades imediatas, mas objetivam a médio e longo prazo, a construção de novos padrões de sociabilidade entre os sujeitos, guiadas pela premissa da democratização dos espaços coletivos e pela criação de condições para a disputa de outros projetos societários. Sendo assim, as necessidades postas pelos sujeitos são debatidas em diferentes espaços, com destaque daqueles que se pautam no Controle Social.

As autoras apontam também a mobilização, organização e a assessoria como ações importantes para efetivar a organização da população em torno dos seus interesses e como sujeito de seu próprio desenvolvimento (LIMA; MIOTO, 2009).

Sendo assim, Lima e Mioto (2009, p. 41) destacam:

> "conhecer os sujeitos, explicitar a complexidade e o conjunto de dificuldades que permeiam as demandas encaminhadas ao Assistente Social, e refletir conjuntamente sobre o objeto da ação profissional, é fundamental para garantir um processo na direção da autonomia e da participação".

O eixo ou processo de gestão e planejamento "correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas com enfoque no planejamento institucional como instrumento de gestão e gerência de políticas e serviços". Dessa forma, estas ações estão ligadas à gestão das diversas políticas sociais das instituições e dos serviços congregadores de tais políticas e à gestão e ao planejamento de serviços sociais em instituições, programas e empresas. Objetivam assim, construir práticas efetivas de intersetorialidade ou de gerir as relações interinstitucionais. Já no planejamento profissional as ações buscam sistematizar e racionalizar as ações profissionais (LIMA; MIOTO, 2009, p. 41).

Lima e Mioto (2009, p. 42) destacam que o eixo ou processos socioassistenciais:

> "correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas diretamente com usuários nos diferentes campos de intervenção a partir de demandas singulares. [...] busca atender o usuário como sujeito, visando responder a essas demandas/necessidades numa perspectiva de construção de autonomia do indivíduo nas relações institucionais e sociais, remetendo-os à participação política em diferentes espaços, dentre os quais se incluem: as próprias instituições, os programas, serviços, conselhos de direitos, movimentos de base sóciocomunitária e os movimentos sociais na sua diversidade".

Mioto (2007, p. 114) destaca ainda a importância dos três eixos ou processos de atuação e ressalta:

> "as ações profissionais devem ser pensadas de forma a organizar a prática profissional e de

> forma que se reconheçam, além das demandas individuais, demandas coletivas. [...] demandas de segmentos majoritários da classe trabalhadora e que além de serem comuns à grande parte dos trabalhadores, também só poderão ser enfrentadas coletivamente".

Numa outra perspectiva sobre as ações profissionais tem-se o documento intitulado "Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde", divulgado pelo CFESS, em que o assistente social na saúde desenvolve suas ações profissionais em diferentes dimensões, complementares e indissociáveis, sendo elas: ações Assistenciais; em Equipe; Sócioeducativa; Mobilização; Participação e Controle Social; Investigação; Planejamento e Gestão; Assessoria, Qualificação e Formação Profissional (CFESS, 2009b). No entanto, as ações profissionais apontadas atentam apenas para uma sistematização da prática profissional na saúde que serão apresentadas a seguir.

Nesse sentido o CFESS (2009b, p. 22-23) atesta que as ações assistenciais destacam-se pelo seu caráter emergencial e burocrático. E constituem-se nas principais demandas postas aos assistentes sociais. Dentre elas estão:

- prestar orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;
- identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção.
- realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;
- criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
- realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das

mesmas;

- realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais.
- trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.
- criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.
- registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

Outras ações assistenciais que merecem destaque referem-se às demandas postas pelos usuários quanto às suas condições reais de vida como: o desemprego, subemprego, ausência de local de moradia, violência urbana e doméstica, acidentes de trabalho, situações de abandono etc. Os quais exigem, num primeiro momento, ações imediatas para solução do problema apresentado (CFESS, 2009b).

O CFESS (2009b) reitera a necessidade de o profissional ter clareza das suas atribuições, bem como de suas competências a fim de estabelecer prioridades. Assim, o conjunto das demandas emergenciais devem ser reencaminhadas aos setores competentes via planejamento coletivo, elaborado na unidade, possibilitando ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais.

Ressalta-se que o trabalho em equipe exige reflexão dos envolvidos e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ser especificadas e divulgadas para o restante da equipe de saúde, a fim de evitar a requisição de ações que não são atribuições específicas do Serviço Social e facilitar o atendimento das demandas que são postas ao assistente social. Também se faz necessário a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais tanto para o esclarecimento de suas ações, quanto para o estabelecimento de rotinas e planos de trabalho (CFESS, 2009b).

Muitas vezes, pelo desconhecimento das atribuições do assistente

social, os demais profissionais encaminham ao setor de Serviço Social diversas ações como: marcação de consultas e exames, solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta, identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar, pesagem e medição de crianças e gestantes, convocação do responsável para informar sobre alta ou óbito, comunicação de óbitos, emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social, montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como sua dispensa (CFESS, 2009b).

Iamamoto (2002, p. 41), citado pelo CFESS (2009b), indica que "é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais". Pelo contrário, "são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças".

Assim, o assistente social, ao participar do trabalho em equipe, dispõe de uma visão ampliada da realidade que possibilita interpretar as condições de saúde do usuário, bem como possui uma competência diferenciada de encaminhamento das ações quando comparado aos demais profissionais, tais como médicos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros (CFESS, 2009b).

Nesse contexto, o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas exige, cada vez mais, a sua clareza. Portanto, no caso dos assistentes sociais, a atuação em equipe pressupõe a observância dos princípios ético-políticos contidos no Código de Ética, na Lei de Regulamentação da Profissão e das Diretrizes Curriculares da ABEPSS.

Concluindo, os assistentes sociais na equipe de saúde devem ter como parâmetros de ação:

- esclarecer as suas atribuições e competências, elaborando junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais através da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- elaborar, junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e

capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário tais como a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito;

- incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças;
- criar junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar no sentido de, desde a entrada do usuário/família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;
- realizar em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente, esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (DPVAT) bem como informações sobre sepultamento gratuito, translado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos;
- participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: no

planejamento familiar, na saúde da família, na saúde da mulher, da criança e do idoso, na saúde do trabalhador, nas doenças infecto-contagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras), e nas situações de violência sexual e doméstica;

- planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- sensibilizar o usuário e / ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária.
- realizar a notificação, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, as autoridades competentes bem como a verificação das providências cabíveis (CFESS, 2009b, p. 27-28).

O CFESS (2009b, p. 28-29) aponta que as ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e na socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, a família e a população de uma determinada área programática. Costumam receber a denominação de educação em saúde e podem abordar diversos aspectos, a saber:

> "informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades tendo por objetivo a democratização da mesma e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe (com relação à rede de serviços, perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários); análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular".

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde devem objetivar ultrapassar o simples fornecimento de informações e

esclarecimentos aos usuários que reforçam a perspectiva de subalternização e do controle, e pautar-se numa dimensão de libertação que busque a construção coletiva da consciência sanitária, através da participação dos usuários no conhecimento crítico e de alternativas de enfrentamento da sua realidade (CFESS, 2009b).

Nesse sentido, as principais atividades a serem desenvolvidas nesse eixo são:

- criar grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
- desenvolver ações de mobilização na comunidade objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais;
- realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- participar de campanhas preventivas, realizando atividades socioeducativas;
- realizar ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade;
- desenvolver atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas;
- elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral;
- mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados;
- realizar atividades de grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de interesse dos mesmos (CFESS, 2009b, p. 29-30).

As ações de mobilização, participação e controle social estão voltadas para a inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências e fóruns de saúde) e na construção de estratégias para

fomentar a participação e defesa dos direitos pelos usuários e trabalhadores nestes espaços e em outras políticas públicas. Envolvem ainda ações de mobilização em defesa da saúde, enquanto um direito social, nas áreas em que a instituição está localizada, assim como a articulação com os demais movimentos sociais (CFESS, 2009b).

O documento do CFESS (2009b, p.31) destaca que as principais ações desenvolvidas nesse âmbito são:

- socializar as informações e mobilizar os usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- mobilizar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- contribuir para viabilizar a participação de usuários no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde;
- participar da ouvidoria da unidade com a preocupação de democratizar as questões evidenciadas pelos usuários através de reuniões com o conselho diretor da unidade[6] bem como com os conselhos de saúde (da unidade, se houver, e locais ou distritais), a fim de coletivizar as questões e interferir no planejamento da instituição de forma coletiva;
- participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social;

[6] "O Conselho Gestor de Unidades de Saúde é um mecanismo proposto pelas Conferências Nacionais de Saúde, e que segue a estrutura dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. Sua proposição significa a possibilidade de aprofundamento da democracia; no entanto, não forami viabilizados na maioria dos municípios e estados brasileiros" (CFESS, 2009, p. 30).

- estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando o fortalecimento do controle social, através de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica;
- instituir e/ou fortalecer os espaços coletivos de participação dos usuários nas instituições de saúde através da criação de conselhos gestores de unidades e outras modalidades de aprofundamento do controle democrático;
- favorecer a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração e avaliação do orçamento da saúde;
- participar na organização, coordenação e realização de pré-conferências e / ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional);
- democratizar junto aos usuários e demais trabalhadores da saúde os locais, datas e horários das reuniões dos conselhos de políticas e direitos, por local de moradia dos usuários bem como das conferências de saúde, das demais áreas de políticas sociais e conferências de direitos.
- estimular a participação dos usuários e trabalhadores de saúde nos diversos movimentos sociais.

Cabe realçar que "a participação do assistente social nos espaços de controle social pode constituir-se numa dupla inserção, tanto na condição de conselheiro em que se destaca seu papel político, como na condição de técnico/profissional ou assessor dos próprios conselhos ou de alguns segmentos (usuários, trabalhadores de saúde ou poder público) e também como um profissional observador das reuniões do conselho" (BRAVO; SOUZA, 2009, p. 01).

De acordo com Bravo e Souza (2009), na condição de conselheiro representa-se uma entidade ou instituição. Quanto ao apoio técnico e/ou técnico administrativo, tem-se um profissional que assessora os Conselhos, desenvolvendo ações de caráter técnico-político ou técnico-administrativo. Geralmente, são funcionários dos órgãos públicos, tais como secretarias municipais e estaduais, que dão sustentação legal aos conselhos. Já os assessores destacam-se pelo

desenvolvimento de ações de capacitação técnico-política junto aos conselheiros, em geral, vinculados às universidades. E os observadores que participam de fóruns e têm por objetivo se apropriarem da discussão sobre a Saúde discutida no Conselho.

Atualmente, verifica-se um grande número de assistentes sociais inseridos nos Conselhos de políticas e de direitos, que representam tanto a sociedade civil como o poder público, assim como uma diversidade de instituições. No entanto, nas palavras de Bravo e Souza (2009, p. 20), "[...] desconhece-se o conteúdo ídeo-político de suas intervenções nesses espaços, daí a necessidade de deflagrar um processo de socialização da agenda ético-política definida pelas entidades representativas da categoria".

Bravo e Souza (2009, p. 21) destacam que a "interferência dos assistenciais sociais nos chamados Conselhos de políticas e de direitos, Conselhos de gestão pública ou Conselhos paritários é uma orientação do Encontro Nacional CFESS/CRESS". E que vários artigos[7] apontam à necessidade da intervenção do assistente social na desmistificação do que seriam os reais interesses das classes populares e da articulação com os interesses coletivos, que possibilitam o desvendamento de uma consciência crítica na defesa dos interesses voltados para a melhoria das condições materiais e sociais de vida.

Baseado nos estudos de Bravo e Souza (2009, p. 22-23), algumas ações de assessoria técnica aos conselheiros representantes dos usuários e dos profissionais de saúde tem ganhado destaque e já puderam ser identificadas. Elas podem ser efetivadas desde uma assessoria cotidiana a uma assessoria mais pontual presente nas reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho, bem como nos fóruns de discussão. Tais ações vêm sendo requisitadas ao assistente social, mas também podem ser respondidas por uma equipe interprofissional. Elas variam de acordo com a demanda e o tipo de assessoria realizada. Dentre elas destacam-se:

> "a organização da documentação dos Conselhos; a organização de plenárias de Conselhos de Saúde, a elaboração de cartilhas sobre o controle

[7] A direção do debate em torno das contribuições do Serviço Social para o exercício do Controle Social sistematizado por Bravo e Souza (2009) baseia-se, principalmente, nos estudos realizados por três núcleos de pesquisa, a saber: situados na Universidade Federal de Santa Catarina, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro e na Universidade Federal de Pernambuco. E, sistematizações realizadas por professores da Universidade Federal do Mato Grosso.

> social e política de saúde; a pesquisa de temas para as oficinas; a realização de oficinas; a elaboração das atas de reuniões do conselho; a idealização do boletim informativo do Conselho; a elaboração de Planos de Saúde com propostas de participação popular, que devem conter o diagnóstico de saúde da localidade e o plano propriamente dito; a realização de reuniões periódicas, que discutam previamente a pauta de reunião dos Conselhos; a pesquisa sobre a realidade: das unidades de saúde da área e do movimento popular da região; a realização de cursos de capacitação de conselheiros, contendo os seguintes eixos: conceito de saúde, política de saúde, participação e controle social; o acompanhamento dos conselhos; a realização do perfil do conselheiro; e o incentivo à realização e participação no orçamento participativo".

Levando em consideração o estudo realizado por Bravo e Souza (2009), as temáticas mais discutidas nas reuniões dos Conselhos são as denúncias, que consequentemente devem ser apuradas, as reivindicações e a temática das Conferências. No entanto, percebe-se que esses espaços são pouco propositivos, em que a política municipal de saúde e o plano municipal de saúde caracterizam-se como temáticas menos discutidas.

Tal estudo revela que dentre os impasses colocados ao controle social exercido pelos Conselhos paritários, tem-se cinco questões apontadas pelos assistentes sociais que merecem destaque: a fragmentação das políticas públicas; a falta de capacitação dos conselheiros; a não execução por parte do poder público das deliberações dos conselhos; a falta de assessoria técnica para os conselhos e a falta de articulação dos conselheiros com suas bases, agravada pelo refluxo dos movimentos sociais (BRAVO; SOUZA, 2009, p. 27-28).

Nesse contexto, têm-se como estratégia para o fortalecimento dos Conselhos as seguintes proposições:

> "a capacitação continuada para os conselheiros que supõe uma intervenção constante, possível por meio de uma assessoria permanente, que congregue as dimensões políticas, técnicas e administrativas de um Conselho; a articulação de um fórum integrado de Conselhos, que visa

> superar a fragmentação das políticas públicas, pelo menos ao nível da discussão entre os conselheiros; a articulação entre os representantes dos usuários e os dos trabalhadores de saúde, considerando os interesses comuns presentes na luta pela saúde pública; a liberação da carga horária dos conselheiros para a realização das atividades do conselho" (BRAVO; SOUZA, 2009, p. 28).

De maneira geral, conclui-se que o espaço dos Conselhos, enquanto controle social possibilita ao assistente social o desenvolvimento de ações em nível de planejamento e assessoria, caracterizados como demanda potencial e institucional, capazes de reverter sua atuação de executor terminal da política social.

Segundo o CFESS (2009b, p. 32) as ações de investigação, planejamento e gestão "[...] têm 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 e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais".

O processo de descentralização das políticas sociais vem requisitando aos profissionais de Serviço Social a atuação nos diferentes campos seja nos níveis de planejamento, gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Nesse aspecto, a atuação deve ser baseada pela realização de estudos e pesquisas sobre as condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, assim como nos estudos relativos ao perfil e situação de saúde dos usuários e da coletividade. Assim, "as investigações objetivam alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da política de saúde, bem como da política de saúde local, regional, estadual e nacional" (CFESS, 2009b, p. 33).

Ainda neste contexto, a inserção dos assistentes sociais vem ganhando espaço nos processos de auditoria de gestão a partir do monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, a fim de melhorar a qualidade dos serviços e buscando superar os impasses vividos na política de saúde (CFESS, 2009b).

Dentre as ações desenvolvidas pelos assistentes sociais nesse espaço de ocupação, têm-se:

- elaborar planos e projetos de ação profissional com a participação dos profissionais;
- interferir na elaboração do planejamento estratégico das instituições de saúde procurando garantir a participação dos usuários e trabalhadores da saúde;
- participar da gestão das unidades de saúde de forma horizontal, procurando garantir a inserção dos diversos segmentos na gestão;
- utilizar a documentação técnica a fim de produzir conhecimento no âmbito do SUS;
- manter sistema de registro e estudos das manifestações da questão social que chegam aos diversos espaços do Serviço Social;
- registrar as ações realizadas com a elaboração de relatórios periódicos, a fim de possibilitar a análise e avaliação do plano de ação;
- participar nas Comissões e Comitês temáticos, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/AIDS, humanização, violência contra a mulher, criança e adolescente, idoso, entre outras, respeitando as diretrizes do projeto profissional do Serviço Social;
- realizar estudos e investigações com relação aos determinantes sociais da saúde;
- realizar pesquisas sobre a relação entre os recursos institucionais necessários e disponíveis, perfil dos usuários e demandas (reais e potenciais), objetivando identificar e estabelecer prioridades entre as demandas e contribuir para a reorganização dos recursos institucionais;
- participar de estudos relativos ao perfil epidemiológico e condição sanitária das regiões;
- realizar investigação de determinados segmentos de usuários (população de rua, idosos, pessoas com deficiências, entre outros), objetivando a definição dos recursos

necessários, identificação e mobilização dos recursos existentes e planejamento de rotinas e ações necessárias;

- realizar estudos em relação aos espaços de controle social a fim de subsidiá-los, tendo em vista o fortalecimento de seu potencial político;
- participar de investigações que estabeleçam relações entre as condições de trabalho e o favorecimento de determinadas patologias, visando oferecer elementos para a análise da relação saúde e trabalho;
- realizar estudos da política de saúde local, regional, estadual e nacional.
- fornecer subsídios a partir das investigações realizadas para a reformulação da política de saúde local, regional, estadual e nacional;
- integrar a equipe de auditoria, controle e avaliação, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestados, tendo como referência os projetos da reforma sanitária e o ético político profissional (CFESS, 2009b, p. 33-34).

As ações de assessoria são desenvolvidas por profissionais que possuem certo conhecimento do objeto de estudo posto pela realidade e, consequentemente, a intenção de alterá-la. "[...] Pode estar vinculado, por exemplo, a uma proposta que vise a emancipação dos trabalhadores e a ampliação da ação do Estado com relação às políticas sociais". Ela pode ser prestada aos profissionais, à gestão para formulação de políticas sociais e aos movimentos sociais.

Já as atividades de qualificação profissional consistem em treinamentos, preparação e formação de recursos humanos voltados para a educação permanente de funcionários, representantes comunitários, chefes intermediários e conselheiros, as quais devem ser realizadas com a participação de outros profissionais. Inserido nesse contexto, fazem parte das ações do assistente social a participação na formação profissional através de campos de estágio, supervisão de estagiários, criação e/ou participação nos programas de residência profissional e/ou uniprofissional.

De acordo com o CFESS (2009b, p. 35-36) as principais ações a serem realizadas neste âmbito de intervenção são:

- prestar assessoria aos conselhos em todos os níveis na perspectiva de fortalecimento do controle democrático;
- garantir assessoria aos assistentes sociais na busca de qualificação do seu de trabalho;
- organizar e coordenar seminários e eventos para debater e formular estratégias coletivas para a política de saúde tanto nas instituições como nas outras esferas;
- supervisionar diretamente estagiários de serviço social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas;
- participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular;
- garantir a educação permanente da equipe de serviço social na instituição e demais trabalhadores, bem como participar dos seus fóruns;
- participar de cursos, congressos, seminários, encontros de pesquisas, objetivando apresentar estudos e pesquisas realizadas e troca de informações entre os diversos trabalhadores da saúde;
- participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação / implementação da NOB RH / SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional;
- assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública e de qualidade.

Foram destacadas apenas algumas perspectivas em torno das ações profissionais que podem ser desenvolvidas nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, na medida em que se diferenciam ou se aproximam entre si.

Finalizando Lima e Mioto (2009) ao refletirem sobre o exercício profissional destacam:

> [...] há necessidade de ampliar o debate e o entendimento da dimensão técnico-operativa, atentando para as formas de conduzir qualificada e coerentemente às escolhas profissionais no âmbito do paradigma crítico-dialético. Assim, considerar relevante a coerência e a dialética entre pensamento e ação implica reconhecer que o *como fazer* é peça fundamental no debate que busca garantir essa relação e consolidar a legitimidade do atual projeto profissional.

2.4 O desafio da construção/implementação da integralidade e a perspectiva da intersetorialidade

A integralidade constitui-se como um dos princípios que dão sustentação ao Sistema Único de Saúde, juntamente com a universalidade e a equidade. Nesse sentido, no presente tópico serão abordados os principais estudos e discussões referentes ao tema da integralidade a fim de obter maior compreensão dos sentidos e significados atribuídos a ele, como também tecer um debate a cerca das contribuições das ações profissionais do Assistente Social no processo de sua construção e implementação, uma vez que a mesma constitui-se como um dos maiores desafios postos à saúde no Brasil.

No marco constitucional tem-se, no artigo 198 da Constituição Federal, a definição de integralidade, enquanto ações articuladas, de promoção da saúde e prevenção dos fatores de risco e assistência aos danos e reabilitação. Atribui ainda prioridade a prevenção, tendo em vista que, historicamente, as ações médico-assistenciais prevaleceram no sistema de saúde no Brasil. Assim:

> Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III –

> participação da comunidade [...] (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2001 p. 167).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, estabelece ainda a integralidade como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema – primário, secundário e terciário (LOS, 1990). No entanto, essa nomenclatura traz, muitas vezes, uma ideia de que a atenção primária apresenta menor grau de dificuldade, o que decorre de um erro, pois a mesma está relacionada à necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os outros níveis de complexidade, como o secundário e terciário, são mais especializados e utilizam procedimentos baseados em aparelhos e exames.

Percebe-se que as definições contidas na legislação apresentam o conceito de integralidade de maneira abrangente, procurando abarcar uma série de prerrogativas da vida humana, imbricadas de condicionamentos que variam de acordo com determinadas realidades e possibilidades, assim como se expressarão e desenvolverão mediante cada contexto. Portanto, o estudo acerca da Integralidade é desafiador à medida que sua aplicação implica reconhecer múltiplos fatores, dentre eles, a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde-doença conforma uma totalidade que envolve os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes naturais e sociais (MENDES, 1995).

No entanto, a integralidade possui diversos significados que se complementam entre si e contribuem para uma melhor compreensão de todos os seus sentidos. Camargo (2003, p. 36) reconhece que "[...] na melhor das hipóteses, a integralidade, [...] é uma rubrica conveniente para o agrupamento de tendências e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas".

Através de um levantamento dos principais estudos referentes ao termo integralidade, percebeu-se que as contribuições advêm, principalmente, de um intenso processo de discussão construído no âmbito do *Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*, realizados por um grupo de pesquisa do CNPq. O crescimento e a institucionalização deste projeto possibilitaram o surgimento do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), o qual se constitui como um programa de estudos que congrega um colegiado de pesquisadores auxiliando na identificação

e construção de práticas de atenção integral à saúde. Nesse contexto, a integralidade é entendida como um amplo conceito, ou seja, uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas, na prestação do cuidado da saúde, em diferentes níveis do sistema.

Mattos (2009, p. 03) ao falar sobre a integralidade destaca que:

> "[...] integralidade, no contexto do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, prenhe de sentidos. [...] aquela pergunta inicial - o que é Integralidade – talvez não deva ter uma resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa".

E complementa:

> "[...] a Integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2009, p. 02)".

Mattos (2009) afirma que a noção de "imagem objetivo" tem sido usada para designar certa configuração de um sistema ou de uma situação que se considera desejável. Ao contrário da utopia, uma "imagem objetivo" pode ser tornada real num horizonte temporal definido e tem como propósito principal distinguir o que se almeja construir a partir do que já existe. De maneira geral, parte de um pensamento crítico que se recusa a reduzir a realidade ao que "existe", que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las. Toda "imagem objetivo" é polissêmica, ou seja, tem vários

sentidos.

São esses sentidos aproximados, porém distintos, num mesmo contexto de luta e articulados entre si, que possibilitam vários atores postularem suas indignações e críticas ao que está posto na realidade. No entanto, ela não diz como uma realidade deve ser trazendo consigo um grande número de possibilidades de realidades futuras a serem criadas através das lutas, tendo em comum a superação daqueles aspectos que se criticam na realidade atual e que se almeja transformar.

Mattos (2009) ao tratar de uma reflexão sobre a integralidade como "imagem objetivo", postula três sentidos ao referido termo, sendo eles: das práticas dos profissionais de saúde, atributos da organização dos serviços e às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Mascarenhas e Silva Júnior (2004) postulam segundo as reflexões de Mattos, apontando três grandes conjuntos de sentidos ao termo integralidade. O primeiro refere-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde. Nele a integralidade é exercida pela compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar o atendimento do profissional. Nesse âmbito, Mattos (2009) aponta que a integralidade implica na recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e a uma afirmação da abertura para o diálogo entre os profissionais.

O segundo conjunto refere-se à característica da organização dos serviços em que são criticadas as ações dissociadas entre as práticas de saúde pública e as assistenciais. Os autores destacam que se torna inaceitável o fato de os serviços de saúde sejam organizados apenas para dar conta da recuperação de doenças de uma população, e propõe que os mesmos estejam aptos a realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população atendida (MASCARENHAS; SILVA JÚNIOR, 2004).

Mattos (2009) ressalta que a organização dos serviços, sob a perspectiva da integralidade, busca ampliar as percepções das necessidades dos grupos e até as melhores formas de responder a tais necessidades. Portanto, as necessidades de serviços assistenciais não se reduzem apenas às necessidades de atendimento às doenças, às necessidades de informações e de intervenções capazes de evitar tais doenças através da prevenção.

O terceiro e último conjunto de sentidos aplica-se às respostas governamentais dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos. Nesse caso, a integralidade é entendida pela recusa dos formuladores de políticas públicas em reduzir os sujeitos dessas políticas a meros objetos descontextualizados. Por

outro lado, é entendida enquanto convicção de que a resposta do governo a certos problemas de saúde pública deve incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação (MASCARENHAS; SILVA JÚNIOR, 2004).

Significa dizer, partindo de Mattos (2009), que nesse terceiro sentido existe a busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão os destinatários, ou "alvos", das políticas de saúde. Recusa-se aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. Portanto, as respostas aos problemas de saúde devem compreender suas mais diversas dimensões, ou seja, oferecer respostas aos diversos grupos atingidos pelo problema em foco.

Mascarenhas e Silva Júnior (2004) apontam que outros conceitos articulados traduzem a integralidade nos sentidos adotados acima, sendo eles: o acolhimento, o vínculo/responsabilização e qualidade da atenção. Vejamos o que cada um deles significa:

O acolhimento pode ser pensado em três dimensões: postura, como técnica e princípio de reorientação de serviços. Esse pressupõe atitude por parte dos profissionais e da equipe de saúde ao receber, escutar e tratar de forma humana os usuários e suas demandas. Assim, é estabelecida uma relação de mútuo interesse, gerando confiança e apoio entre profissionais e usuários (MASCARENHAS; SILVA JÚNIOR, 2004).

A perspectiva do acolhimento nos serviços de saúde, especificamente, na qualidade do acesso e na recepção aos usuários, mostra uma "migração no tensionamento" da relação estabelecida com o outro. Os autores citam como caso emblemático a relação médico-paciente. Os mesmos sinalizam haver uma ampliação da questão devido à existência de outros profissionais e de outras interações quais se dão no cotidiano dos serviços, ou seja, nas relações entre trabalhadores e usuários. Deste modo, o acolhimento nos serviços de saúde passa a ser entendido como uma rede de conversações (MASCARENHAS; SILVA JÚNIOR, 2004).

Outro fator importante no âmbito do acolhimento é a escuta podendo estar relacionado a palavras ditas ou silenciadas. Nesse sentido, a escuta não se limita apenas ao que é falado, mas também às lacunas do discurso, as quais são fios de significados a serem trabalhados. Para escutar, torna-se imprescindível ainda conhecer quem se escuta, quem está falando, como e sobre o que se fala (MASCARENHAS; SILVA JÚNIOR, 2004).

Logo, exige-se do profissional de saúde uma reflexão acerca do usuário-paciente enquanto portador de individualidade. E ainda a

postura de acolhimento e escuta também pode ser pensada na relação dos profissionais das equipes de saúde entre si e entre os níveis de hierarquia da gestão do serviço. Gerando assim, relações democráticas que estimulam a participação, autonomia e decisão coletiva, possibilitando a produção de sujeitos com novas práticas sanitárias (MASCARENHAS; SILVA JÚNIOR, 2004).

A escuta e conversa com o usuário caracteriza-se como importantes instrumentos de trabalho como também uma complementação à esfera clínica. Segundo Merhy (1997), citado por Silva Júnior e Mascarenhas (2006), o ato da escuta é um momento de transferência em que o acolhimento requer que o trabalhador utilize seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários.

O acolhimento enquanto técnica instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas, facilitando o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta de soluções ou alternativas aos problemas demandados. Ainda segundo Merhy (1997), citado por Silva Júnior e Mascarenhas (2006), o acolhimento representa o resgate e a potenciação do conhecimento técnico das equipes, possibilitando o enriquecimento das intervenções dos profissionais da saúde na assistência. Permite ainda, uma reflexão acerca da humanização das relações em serviço e da parte lógica de poder contida no processo, contribuindo para a mudança da concepção da saúde como direito.

Todas as alterações no processo de trabalho citadas são decorrentes das mudanças no modo de organização dos serviços. Elas alteram os atributos técnicos requeridos dos trabalhadores, suas relações com os demais elementos dos processos de trabalho – o objeto e os instrumentos e as próprias atividades - e as relações entre os diferentes profissionais que passam a lidar com novas formas de articulação dos respectivos e peculiares trabalhos (PEDUZZI; PALMA, 1996 citado por SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006).

Nesse sentido, a complexidade da equipe multiprofissional se dá na articulação dos diferentes processos de trabalho. Em relação à busca pela superação da fragmentação, a interdisciplinaridade vem contribuir para a construção de novos saberes apropriados às necessidades do trabalho em saúde, mediante criação de novas práticas. Logo, “[...] a equipe que acolhe tem como objetivos ampliar o acesso dos usuários, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho das equipes locais” (MERHY; BUENO; FRANCO, 1999 citado por SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006, p. 245).

Assim, o acolhimento enquanto reformulador do processo de trabalho ou da diretriz de serviço pontua problemas e oferece soluções e respostas. Identificam-se as demandas dos usuários e, com isso, rearticula-se o serviço (MALTA; MERHY, 2002 citado por SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006).

Quanto à organização dos serviços, o acolhimento detém uma proposta de projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. Para completar, no conceito de acolhimento os autores incorporou a ideia de acessibilidade organizacional resumida basicamente como um conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006).

Outro sentido adotado pelos autores em torno da integralidade refere-se ao conceito de vínculo. Na visão de Merhy (1997), citado por Silva Júnior (2006, p. 246), "[...] criar vínculos é ter relações tão próximas e tão claras que a equipe possa se sensibilizar com o sofrimento ou demanda dos usuários ou da população adstrita".

Este conceito pode ser pensado em três dimensões, sendo elas: como afetividade, como relação terapêutica e como continuidade. A afetividade entendida enquanto interesse por parte do profissional pelo paciente e por sua profissão, construindo assim, um vínculo firme e estável entre ambas as partes, o que se torna um valioso instrumento de trabalho (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006).

O vínculo enquanto relação terapêutica pode ser entendido como o ato de dar atenção, ou seja, mostrar interesse, de compartilhar e estar com o outro com prazer, numa atitude de sujeito-sujeito, numa relação de convivência, não de intervenção, mas de interação (BOFF, 1999 citado por SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006).

Vínculo também implica responsabilização – a responsabilidade pela vida e morte do paciente. Resume-se pelo compromisso que o profissional assume na indicação e garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução do problema.

No que diz respeito à qualidade da atenção, tem-se como definição aquele tratamento capaz de alcançar melhor equilíbrio entre os benefícios de saúde e os riscos. Quatro atributos da atenção prestada influenciam na qualidade, são eles: o acesso, a continuidade, a coordenação e satisfação do paciente (DONABEDIAN, 1984 citado por SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006).

O termo qualidade também tem sido empregado em sentido

amplo que envolve a qualificação do pessoal, a segurança e a aparência agradável das unidades de saúde, assim como a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação de serviços. A qualidade da atenção pode ser vista ainda sob duas perspectivas: clínica e populacional. Na primeira, a preocupação centra-se no impacto das ações dos profissionais de saúde, individualmente ou em grupo, sobre a saúde do usuário. Já na segunda perspectiva, avaliam-se o acesso aos serviços, à disponibilidade da atenção e a capacidade de resolver ou contribuir para a solução de um amplo espectro de problemas, numa perspectiva integral da saúde (DONABEDIAN, 1984 citado por SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006).

Ainda segundo Donabedian (1984) citado por Silva Júnior (2006, p. 250) a qualidade do serviço pressupõe:

> "a referência a um modelo idealizado comprovada em determinadas situações de saúde e doença, desenvolvidas dentro de uma relação humanizada entre a equipe e os usuários, sendo percebida satisfatoriamente por estes últimos, em termos de suas expectativas".

"A verificação de uma estrutura que garanta o funcionamento do serviço e os resultados epidemiológicos obtidos pelas ações desenvolvidas complementam a observação da qualidade na saúde" (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006, p.250).

De modo geral, os conceitos de acolhimento, vínculo-responsabilização e qualidade da atenção se articulam na construção dos processos de trabalho e dos modelos tecnoassistenciais (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2006).

Nesse viés foi implantada no Brasil, em 2003, a Política Nacional de Humanização com o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Pactua-se um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido democrática e coletivamente.

Assim, a humanização do SUS é compreendida como:

> a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual; mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde; luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Cecílio (2009, p. 03) aponta o debate em torno da integralidade a partir das necessidades de saúde que pode ser traduzido em diferentes dimensões para que ela seja alcançada da forma mais completa possível. “Na primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles centros de saúde, equipes do PSF ou um hospital”. É denominada de ‘integralidade focalizada’, pois trabalha num espaço bem limitado, ou seja, focalizado, de um serviço de saúde. Sendo assim, parte-se do pressuposto que deveria prevalecer o compromisso de fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelos usuários que buscam os serviços de

saúde, apresentadas ou ‘travestidas’ em algumas demandas específicas.

Essas demandas significam a ‘tradução’ de necessidades mais complexas do usuário. Ela pode constituir uma simples consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames, assim como podem buscar uma resposta para as más condições de vida em que a pessoa se encontra, decorrentes do desemprego, ou da violência no lar, dentre outros, da necessidade de se ter maior autonomia no desenrolar de sua vida, como do acesso às tecnologias de saúde disponível capazes de melhorar e prolongar sua vida (CECÍLIO, 2009).

Nesse sentido, Cecílio (2009, p. 04) afirma que o resultado desta ‘integralidade focalizada’ deve ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. Cada profissional dever estar compromissado com maior integralidade possível e ter mente que a integralidade pretendida só será alcançada mediante o trabalho solidário da equipe de saúde com seus múltiplos saberes e práticas. Desafio este que deve ser “[...] tratado no processo de gestão dos serviços, em particular nos processos de conversação e comunicação, entendimento para ação, que se estabelecem entre os diferentes profissionais”. Portanto, a ‘integralidade focalizada’ se dá no nível dos serviços de saúde, ou seja, “no espaço da micropolítica de saúde”.

Mioto e Nogueira (2006a, p. 224) afirmam que “[...] nesses espaços sócio-institucionais, a integralidade se realiza pelo compromisso ético-político e competência técnica dos profissionais a partir da relação com os usuários”, através, sobretudo, da escuta qualificada, referente a apreensão, compreensão e análise na identificação das necessidades de saúde da população.

Pautada na concepção de integralidade trazida por Cecílio, tem-se a perspectiva da interdisciplinaridade. De acordo com Mioto e Nogueira (2006b, p. 279) a interdisciplinaridade constituiu-se:

> “[...] como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

No entanto, Cecílio (2009) afirma que a integralidade nunca alcançará sua plenitude em qualquer serviço de saúde singular, por melhores que sejam os trabalhadores, a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas, tendo em vista que a batalha por melhores condições de vida, não se dá exclusivamente nos espaços dos serviços. Nessa perspectiva que o referido autor propõe uma segunda dimensão para a integralidade.

A segunda dimensão proposta pelo autor caracteriza-se pelo resultado da articulação de cada serviço com a rede complexa composta por todos os outros serviços e instituições que não exclusivamente o setor da saúde. A 'integralidade ampliada' é "[...] esta articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas 'integralidades focalizadas' que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos articulados a partir das necessidades reais das pessoas". Portanto, a integralidade no 'micro' refletida no 'macro' significa pensar a organização do 'macro' a qual resulte em maior possibilidade de integralidade no 'micro', em que cada pessoa considerada com suas múltiplas e singulares necessidades seja o objeto de cada serviço de saúde e do 'sistema' de saúde (CECÍLIO, 2009, p. 07).

Para tanto, a integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de novas práticas da equipe de saúde e sua gerência, pressupõe um esforço intersetorial, uma vez que, não se dá somente num lugar, pois as várias tecnologias em saúde que objetivam melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços. Nesse aspecto, deve-se deslocar a ideia de que a 'atenção primária' é o lugar privilegiado da integralidade. Pelo contrário, os demais níveis de complexidade (secundário e terciário) exigem e precisam de uma escuta das necessidades singulares de saúde dos usuários e da criação de estratégias de qualificação como de defesa da vida (CECÍLIO, 2009).

Na perspectiva trazida por Cecílio (2009, p. 07), a 'integralidade ampliada' é resultante da "[...] relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros". Portanto, a 'integralidade focalizada' é parte da 'integralidade ampliada', não sendo possível uma sem a outra.

Partindo desse contexto, a integralidade traz implícita a perspectiva da intersetorialidade. A intersetorialidade é entendida enquanto:

> "[...] uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas visando à

> superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos" (Rede Unida (2000) e Junqueira (2004) citado por Mioto e Nogueira (2006b, p. 279).

Sob a concepção de Junqueira (2004) citado por Mioto e Nogueira (2006, p. 279) a intersetorialidade pode ser compreendida como:

> "[...] um processo de aprendizagem e de determinação de sujeitos que, através de uma gestão integrada, respondem com eficácia aos problemas da população em um território determinado. [...] há a necessidade de integrar as práticas e saberes, de modo a contemplar a complexa realidade e fazer frente a um Estado setorializado, permeado por poderes disciplinares e poderes de composições antagônicas, nos quais se destacam o quadro de arranjos políticos partidários, a verticalização e hierarquização, bem como os corporativismos. Portanto a intersetorialidade [...] permite a ressignificação das práticas em saúde e a construção de processos coletivos de trabalho. Nesse sentido, [...] atende justamente à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela ideia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção da saúde".

Complementando "[...] fica evidente que a integralidade não é atributo específico de uma determinada profissão e nem de um serviço, mas compreende distintas práticas profissionais interdisciplinares que se articulam no campo da promoção da saúde, através de diferentes serviços e instituições" (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.225).

Para Ospina et. al (2009), a organização pública tradicional constitui-se como um campo das especializações funcionais, do profissionalismo, com estratégias de implementação centralizadoras e

com ênfase na provisão e monopolização de prestação de serviços. Contrapõe-se com um modelo emergente, no qual a intersetorialidade se situa dinâmico, baseado na proximidade, na participação, com destaque na descentralização e na habilitação no campo da oferta dos serviços, qual remete ao papel estratégico e relacional dos agentes. Assim, novos termos como redes e governo relacional marcam a fragilização de estilos monopolistas, auto-suficientes e hierárquicos, sustentando os modelos tradicionais de governo. De maneira geral, a gestão segmentada e setorializada e a definição setorial das políticas já não respondem de forma adequada aos desafios postos na atualidade (BRUGUÉ, ano citado por OSPINA, 2009, p. 60).

Segundo Ospina et. al (2009), a intersetorialidade possui duas dimensões. A primeira refere-se à interação entre os distintos setores das políticas ou do governo. A segunda, por sua vez, refere-se às parcerias entre os distintos setores como o governo, o mercado e a sociedade civil. Nesse sentido, a intersetorialidade é entendida sob o viés da governança, remetendo a interação entre os diversos setores (público, privado e terceiro setor), bem como uma visão de governo relacional e multinível – que serão tratados posteriormente.

Bronzo e Veiga (2007) destacam diferentes caminhos para a apreensão da intersetorialidade. Postulando da mesma ideia das autoras, Mioto e Nogueira, apontam que os problemas sociais, como os de saúde, exigem uma abordagem múltipla com enfoque de ação integrada entre os diversos setores e campos de ação governamental.

O enfoque na integralidade das ações sob a perspectiva da intersetorialidade tem alcançado visibilidade e centralidade, uma vez que, os serviços públicos se organizam em estruturas departamentalizadas e desarticuladas, o que acarreta em obstáculos ao acesso dos usuários aos seus direitos e ao atendimento de suas necessidades. Diante desse processo, tem-se a tendência de tratar os cidadãos e suas demandas de forma fragmentada, no contexto de práticas solitárias e isoladas, apesar de serem dirigidas a uma mesma pessoa e desenvolvidas num mesmo território. Apontam que se trata de uma realidade que gera fragmentação e paralelismo de ações e que, portanto, são desconectadas das reais demandas da população (CEZAR; MIOTO; SCHÜTZ, 2008).

Para tanto, Bronzo e Veiga (2007) afirmam que a intersetorialidade se diferencia da articulação ou coordenação das ações, pois envolve alterações nas dinâmicas e processos institucionais e conteúdos das políticas setoriais, como também na gestão pública. Portanto, requer muito mais que uma simples articulação ou

comunicação entre os diversos setores sociais, tais como: saúde, educação, habitação, emprego e renda, saneamento e urbanização e etc. Ao contrário, aponta para uma "visão integrada" do problema como a distribuição de renda desigual e o problema da exclusão, numa perspectiva coletiva. Assim, se manifesta como algo que diz respeito a toda sociedade e que deve ser coletivamente enfrentado (BRONZO; VEIGA, 2007).

Nesse sentido, Inojosa, Junqueira e Komatsu (1997) destacam a intersetorialidade como um mecanismo de reconhecimento da população, em suas singularidades, tendo em vista as determinações sociais que condicionam suas condições de vida. Deste modo, legitimam as ideias trazidas por Cecílio quanto às necessidades de saúde da população, tendo em vista que as prioridades seriam definidas a partir de problemas da população e que demandam ações integrais de vários setores. A intersetorialidade, nessa perspectiva, supõe a complementaridade entre eles e a necessidade de articulação com os processos de planejamento, execução e avaliação.

Logo, a intersetorialidade pode ser definida como:

> "a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social" (JUNQUEIRA, INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24).

Deste modo, tem-se a importância do debate acerca do protagonismo dos sujeitos na construção da intersetorialidade. Assim, resgata-se a necessidade de articulação entre os profissionais, os usuários, os serviços de saúde, as políticas sociais, representantes políticos, dentre outros, a articulação de saberes, poderes e vontades diversos através de mecanismos de controle social, a fim de identificar e solucionar as reais necessidades sociais em sua totalidade. Citando Mattos (2006), a construção da integralidade supõe o 'reordenamento' das práticas profissionais, da organização dos serviços, da articulação das políticas, como da participação popular.

De acordo com Ospina et. al (2009, p. 63), "[...] a criação de

fóruns e espaços para deliberação e direções colegiadas e a elaboração de planos de forma conjunta e participativa são dispositivos que contribuem para a legitimação da perspectiva da intersetorialidade.

Um segundo caminho, apontado pelas autoras, refere-se ao nível institucional e de gestão. A perspectiva da intersetorialidade é abordada como estratégia de gestão que se acopla às estruturas setoriais já existentes e impõe uma estrutura organizacional nova. Assim, além das estruturas setoriais e especializadas, tem-se a introdução de novos pontos de vista, novas linhas de trabalho e de objetivos nas organizações exigindo conhecimento, articulação estratégica e capacidade relacional (BRONZO; VEIGA, 2007).

No entanto, a concretização da intersetorialidade tem enfrentado grandes desafios, tanto na gestão das políticas públicas, quanto no plano das práticas profissionais. No campo da gestão há dificuldade de sua implantação, haja vista que a necessidade de integrar práticas e saberes, contemplando a complexa realidade, convive com um Estado setorializado que permeia poderes disciplinares e poderes de composições antagônicas, dentre os quais se destacam os arranjos partidários, a verticalização e hierarquização, como também corporativismos.

Logo, esse processo se realiza mediante contradições e se efetiva através de "um consenso discursivo e um dissenso prático". Tal conclusão foi possibilitada pela pesquisa promovida por Andrade, a qual destaca algumas administrações nacionais, como a de Fortaleza e Curitiba, que reformularam suas administrações objetivando adotar a perspectiva da intersetorialidade (ANDRADE, 2006).

No âmbito das práticas profissionais, os maiores desafios concentram-se na cultura dos profissionais que tendem a cristalizar suas ações em intervenções especializadas, deste modo, fragmentadas e pautadas no modelo biomédico, bem como de concepções teóricas 'mecânicas' oferecidas pelo princípio da integralidade. Portanto, a ausência da ação intersetorial dificulta a concretização de ações que objetivam o acesso ao direito, mediante políticas sociais, como a integralidade da atenção à saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

A perspectiva da intersetorialidade ao se materializar em diferentes âmbitos, tanto no nível decisório, no campo dos arranjos institucionais, nas práticas operativas quanto de metodologias de trabalho, requer a introdução de outras formas de apreender os problemas e de se atuar sobre eles, complementando a exigência da técnica e da especialização com as exigências de um olhar transversal sobre a realidade (BRONZO; VEIGA, 2007).

Por fim, as autoras apontam uma terceira via para abordar a questão da intersetorialidade: o tema do governo de proximidade e de redes multiníveis. A concepção de "governo de proximidade" refere-se ao peso dos governos locais na formulação e provisão de bens e serviços sociais. Ela aponta ainda outro paradigma de gestão: a perspectiva da governança sob o reconhecimento da complexidade como elemento intrínseco ao processo político; um sistema de governo que incorpora a participação de atores diversos no marco de redes plurais e uma nova posição dos poderes públicos nos processos de governo, a adoção de novos papéis e a utilização de novos instrumentos de gestão (BLANCO; GOMÀ citado por BRONZO; VEIGA, 2007).

Sobre as redes multiníveis tem-se uma ideia inovadora. Aquela que remete à interdependência não só existente entre atores no nível local, mas que envolve diversos níveis de governo. Vão além das formas tradicionais de se entender as relações intergovernamentais e "[...] apontam para um contexto no qual os municípios, também e freqüentemente identificados com o "governo de proximidade", expandam sua agenda e desenvolvam um papel estratégico, de forma compartilhada e na perspectiva de interdependência com outros níveis de governo" (BLANCO; GOMÀ citado por BRONZO; VEIGA, 2007, p. 17).

Ospina et. al (2009) destaca que o termo intersetorialidade remete ao processo de perda do monopólio da gestão pelo Estado, a partir dos anos 80, significando a ampliação das parcerias público-privado e a presença mais direta de organizações não governamentais na provisão dos serviços. Portanto, um governo relacional, estruturado para viabilizar a atuação em redes, fluxos e visões horizontais sobre as políticas setoriais necessita de uma perspectiva de natureza mais substantiva sobre o papel de outras instituições e atores na formulação, desenho e gestão de políticas sociais.

Segundo Ospina et. al (2009, p. 61-62) a ideia de rede tem sinalizado a:

> "interconexão, a interdependência, a conformação necessária para dar conta da complexidade dos processos e da realidade social. A noção de redes multinível amplia a perspectiva de redes horizontais e remete não apenas à articulação entre atores de um mesmo nível, mas à interdependência entre níveis de governo. Para tanto, diz respeito a conexões entre os diversos atores e distintos setores (governamental, privado ou 'terceiro setor') para

> a promoção do desenvolvimento de uma comunidade, região ou país".

Ainda neste terceiro aspecto a visão de intersetorialidade se expande, "[...] indo além de sua compreensão como um mecanismo de gestão intra ou interorganizacional para entendê-la como um elemento de natureza política, qual expressa uma visão ampliada da capacidade de governar" (BRONZO; VEIGA, 2007, p.19).

Nesse sentido, a concepção de intersetorialidade acena para um conjunto de inovações no âmbito da gestão pública, num contexto no qual os sistemas técnicos especializados e as estruturas fortemente hierarquizadas e verticais, ou seja, tradicionais, são confrontados com novos objetivos e demandas políticas e sociais, novas temáticas e problemas de novos segmentos da população, as quais exigem uma remodelagem das antigas estruturas organizacionais e novas respostas das quais a intersetorialidade é apenas uma das respostas possíveis (OSPINA, et. al, 2009).

Logo, os modelos emergentes citados valorizam a perspectiva da integralidade da gestão. Portanto, as mudanças no campo da gestão pública manifestam-se a partir de nova cultura de gestão que se contrapõe às:

> "tendências jeraquizantes, compartimentalizadoras, procedimentales y endogámicas de la ortodoxia burocrática para acercarse a un modelo que pretende introducir dinámicas participativas, integradoras, dirigidas a los resultados y en contacto directo con el entorno (UAB, 1998, citado por OSPINA, 2009, p. 40-41)".

Sendo assim, em qualquer via que o tema da intersetorialidade seja abordado, deve-se ter claro que é uma perspectiva que demanda ser construída ativamente, tendo em vista que ela decorre de deliberações claras e compartilhadas para introduzir as mudanças nos processos de trabalho, no planejamento e na gestão das políticas públicas (BRONZO; VEIGA, 2007).

Finalizando, ao longo da discussão em torno da integralidade, percebe-se que inexiste um conceito único de integralidade, o qual tem se revelado polissêmico, compreendendo uma série de definições e sentidos oriundos de fundamentações teóricas distintas, sob concepções de projetos políticos em disputa no campo da saúde. Os sentidos atribuídos à integralidade neste trabalho parecem ser os mais relevantes

para a sua construção, uma vez que indicam suas potencialidades e limites no contexto da construção de políticas, sistemas e práticas de saúde mais justas (MATTOS, 2009).

2.4.1 O Serviço Social e o debate em torno da Integralidade

Sabe-se que o novo modelo de atenção à saúde no Brasil decorre, principalmente, da concepção ampliada de saúde e do reconhecimento dos determinantes sociais que possibilitaram, dentre outros, inovações institucionais, bem como a ampliação do debate sobre a atuação do assistente social no campo da saúde. Assim, tem-se a exigência posta à profissão de respostas positivas quanto às demandas que advém da implementação do SUS e que, consequentemente ampliam a visibilidade profissional do Serviço Social no campo das ciências sociais em saúde. Assim, as ações profissionais marcadas pelo modelo biomédico, são resignificadas e reconstruídas a partir do modelo de atenção a saúde instituído pela reforma sanitária e, garantido constitucionalmente (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Segundo Mioto e Nogueira (2009) a dimensão crítica do social na saúde vem ancorada com a incorporação da teoria marxiana ao pensamento sanitário brasileiro mediante análise das condições de saúde da população, a partir dos componentes estruturais das sociedades capitalistas. É nesse contexto que o debate em torno dos determinantes sociais da saúde sustenta-se nas categorias de trabalho e reprodução social da vida, de modo que as condições naturais, ambientais e biológicas aparecem "subordinadas" por essas categorias que fundam e estruturam todo o processo de análise. Portanto, as dimensões biológicas e ambientais da vida humana trazem embutidas as características de cada sociedade, em seu desenvolvimento histórico (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Ainda nesse âmbito Laurell (2009, p. 23) destaca que os fatores que interferem no processo saúde-doença são também sociais e históricos, uma vez que:

> "[...] o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinando espaço geográfico e num determinado tempo

histórico".

Assumpção (2007) acredita que o debate teórico construído pelo Serviço Social ao longo de sua trajetória, pautado na teoria crítica de Marx, é fundamental para a discussão em torno da Integralidade em Saúde, pois a mesma não pode ser abordada apenas sob uma perspectiva ou ótica, e sim trabalhada em seu conjunto. É nesse sentido que a concepção ampliada de saúde permite conceber os determinantes sociais como fatores que influenciam o processo de saúde/doença.

Pode-se dizer que a teoria crítico dialética ganha centralidade no debate do Serviço Social a partir do Movimento de Reconceituação que teve início em meados da década de 60 no Brasil, bem como na América Latina. A teoria crítica, cujas raízes advêm da teoria marxiana, trouxe elementos fundamentais para pensar as ações que vinham sendo desenvolvidas pelos Assistentes Sociais.

Dentre as principais contribuições dos estudos de Marx[8] destaca-se o materialismo dialético que constituí-se como uma concepção metodológica que permite captar o movimento da realidade, seus desdobramentos e, consequentemente o surgimento de novas realidades, do presente e do passado. Nesse âmbito tem-se também o debate em torno do materialismo histórico, onde o presente ajuda a explicar o passado através de uma relação dialética. De acordo com Ianni (1988) citado por Assunpção (2007) Marx sempre captou a historicidade das relações, processos e estruturas sociais. Isso fica evidente na obra "18 Brumário", onde "[...] os homens fazem sua própria história, mas não o fazem como querem; não fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado",

Nesse sentido, Ianni (1988) citado por Assumpção aponta que Marx propôs uma teoria crítica radical da sociedade capitalista e o que o mesmo estava comprometido com o conhecimento da realidade. Logo, sinaliza:

> "ocorre que a dialética não é apenas uma forma de pensar. É um modo de ser; ou melhor, o modo

[8] Baseada nas aulas ministradas pela Professora Ivete Simionatto citada por Assumpção (2007) suas obras inspiraram-se na filosofia clássica alemã, e também na economia clássica inglesa, na luta de classes e na teoria do valor trabalho. "[...] os estudos das ideias mais avançadas, dos sistemas filosóficos e das teorias econômicas e sociais, farão com que Marx procure exaustivamente o fio condutor que o leve ao conhecimento pleno da dinâmica das sociedades modernas" (MALAGODI, 1988, citado por ASSUMPÇÃO, 2007).

> de ser do real. O mundo dos fatos e acontecimentos é um mundo dialético. Cabe ao pensamento – em forma dialética tão aprimorada quanto possível – apanhar a dialética do real. É a realidade social que é dialética. Marx apanhou a dialética do real em sua forma mais desenvolvida (o capitalismo)" (IANNI, 1988, p.147 citado por ASSUMPÇÃO, 2007).

Portanto, Ianni (1988) citado por Assumpção (2007, p. 73) destaca que "a dialética engloba relações, processos e estruturas constitutivas dos fatos. É nesse contexto que se expressam as diversidades, as hierarquias, as desigualdades, as divisões e outras formas de relações de antagonismo e contradição". Portanto, é no momento da reflexão sobre o real, que o pesquisador descobre as contradições que fundam o movimento desse real.

Em algumas de suas obras, por exemplo no Método da Economia Política - 1983, Marx estabelece alguns métodos de análise e interpretação do capitalismo, tais como: iniciar a pesquisa pelo real e pelo concreto, observar a realidade em sua totalidade e considerar que o concreto é concreto por ser a síntese de múltiplas determinações, logo, unidade da diversidade (MARX, 1983, p. ?).

Dentre os métodos de investigação[9], Marx propõe que a melhor forma para iniciar a pesquisa é partir do particular para o geral, do simples ao complexo, da parte para o todo. De acordo com Assumpção (2007, p. 73-74):

> "ele (Marx) ... parte de categorias mais simples até chegar à totalidade mais ampla. A abstração inicial deve se dar a partir do concreto. Este concreto apresenta duas dimensões: 1) concreto pensado - as mediações (que são reflexões para desvendar o objeto) auxiliam o pesquisador a passar do abstrato para o concreto, pois conduzem à essência do mesmo. O concreto só o é a partir das múltiplas determinações observadas. O caminho do desvendamento teórico é a razão teórica, o conhecimento que conduz às mediações e que culminará no concreto pensado, isto é, a

[9] O método de pesquisa de Marx pode ser encontrado no prefácio da 1ª Edição e no posfácio da 2ª Edição de O Capital.

> realidade analisada, esgotada. 2) o concreto abstrato - este se detém somente à primeira visão da realidade que é abstrata, portanto só a observa em sua aparência".

Ianni (1988) citado por Assumpção sinaliza:

> "a pesquisa ou reflexão caminha da aparência para a essência, das partes para o todo, do singular ao universal, guardando estes momentos e suas articulações na explicação, na categoria construída pelo pensamento. Parte-se do dado concreto, e pela reflexão, apreendem-se as determinações que constituem o dado. Gradativamente, a realidade em questão aparece viva, em movimento. E o resultado, assim como já vimos, é o concreto pensado, uma construção teórico-prática ou lógico-histórica; a categoria dialética".

Uma das principais características do método desenvolvido por Marx é a dialética, que parte do real, de uma realidade empírica, imediata e depois para o concreto pensado por meio da teoria (ASSUMPÇÃO, 2007).

Outra categoria que se destaca nos diversos estudos realizados por Marx é a totalidade. Malagodi, (1988, p. 21) citado por Assumpção (2007) afirma:

> "a universalidade do materialismo dialético é possível porque ele não se detém na observação da sociedade a partir de um prisma de interesses particulares. O caráter universal desse conhecimento provém do esforço de compreender o conjunto do movimento, a totalidade da vida nas sociedades, ou seja, o passado, o presente e suas tendências para o futuro (MALAGODI, 1988, p. 21).

Prado Júnior (2006, p. 6) ao enfatizar a questão da totalidade destaca:

> “ela [...] é sempre mais que a simples soma de suas partes. E em que consiste esse “mais”? Precisamente na relação que congrega aquelas partes e faz delas um sistema de conjunto que absorve e modifica sua individualidade anterior. Ou antes, a transforma em nova individualidade que é a função do todo e somente existe nesse todo. O modo de ser, a individualidade das diferentes árvores que compõem a floresta não é o mesmo quando consideradas independentemente do conjunto e sistemas de relações que é a floresta”.

De maneira geral, a categoria totalidade ganha centralidade no bojo da teoria crítica, uma vez que ela representa o concreto, a síntese de várias determinações. Nesse sentido, os diversos elementos trazidos para a discussão baseados na teoria marxiana tem contribuído para novas formas de pensar e enfrentar as mais variadas expressões da questão social que, inevitavelmente, estão presentes na sociedade – fruto das relações sociais e da reprodução social. E é nesse contexto que compreendemos que as condições de vida e de trabalho determinam a situação de saúde para determinados segmentos da população. Em particular, aqueles desprovidos de condições mínimas de sobrevivência, tais como acesso alimentação, moradia, saneamento básico, trabalho, renda, entre tantos outros, que historicamente retratam a desigualdade social que persiste no Brasil.

Portanto, a perspectiva da integralidade na saúde, seja no âmbito das práticas profissionais, da organização dos serviços ou de respostas governamentais, requer assumir ações de saúde voltadas ao cidadão em sua plenitude, como ser integral – considerando sua situação de vida e de trabalho que o levam a adoecer e a morrer. Exige ações de promoção, proteção e recuperação da saúde que devem formar um todo indivisível capaz de prestar uma assistência de fato integral. Assim, uma assistência integral a saúde exige também uma prática sanitária integralizadora, através do envolvimento de diversos conhecimentos e setores para dar conta do conceito ampliado de saúde. Logo, quanto maior o trabalho realizado interdisciplinar e intersetorialmente maior a possibilidade da garantia da efetivação da integralidade. A especificidade do Assistente Social nesse aspecto reside no fato de que ambas as categorias, interdisciplinaridade e intersetorialidade, fazem parte da agenda profissional nos diversos espaços institucionais nos quais planeja e executa políticas setoriais; além disso, por transcender o

trabalho restrito aos serviços de saúde ampliando a rede para os demais espaços relativos aos direitos dos usuários (ASSUMPÇÃO; CHUPPEL, 2007).

Nesse sentido Assumpção (2007, p. 94) aponta que a integralidade no Serviço Social:

> "[...] implica necessariamente considerar a categoria da totalidade como pedra angular na compreensão da realidade social e no desvendamento da mesma com as lentes apropriadas para tal. Lembrando que a totalidade é uma categoria ontológica que representa o concreto (síntese de determinações), a qual Lukács (1979) descreve como um complexo constituído de complexos subordinados, ou seja, toda parte é também um todo, sem eliminar o caráter de elemento".

Daí decorre a importância de compreender a Integralidade em seus diferentes sentidos. Transitando da esfera político-administrativa para a esfera da atenção à saúde. Significa dizer que o termo integralidade é entendido tanto na forma de organização dos sistemas de saúde e serviços de saúde, na perspectiva do atendimento nos níveis de atenção, como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para o atendimento integral a saúde. Já na esfera da atenção à saúde refere-se tanto à relação entre a realidade social e a produção de saúde como à relação equipe-usuários dos serviços e ações de saúde, mediante a integração de saberes e práticas (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

De maneira geral, Pinheiro e Mattos (2006) apontam que a integralidade é dotada de múltiplos sentidos que consistem na abordagem do indivíduo na sua totalidade e pertencentes a um contexto social, econômico, histórico e político.

Cecílio (2009) afirma que o termo integralidade entendido sob o viés das necessidades de saúde deve ser pensado e trabalhado em várias dimensões objetivando alcançar o modo mais completo possível. Para isso, aponta quatro conjuntos necessários para a satisfação das necessidades de saúde: ter boas condições de vida, ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, desenvolver vínculos (a)efetivos entre o usuário e a equipe e/ou profissional (vínculo entendido enquanto referencia e relação de confiança) e ter autonomia no modo de conduzir a vida.

Partindo desse contexto Mioto e Nogueira (2006) sinalizam que não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em consideração que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os fatores determinantes das condições de saúde têm-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características genéticas), o meio físico (condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade do alimento, condições de habitação), os meios socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, bem como a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado.

Portanto, a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços e tratamentos médicos levando em conta as transformações societárias vividas no século XX e XXI, dentre os quais destacam-se: a emergência do consumismo exacerbado, da ampliação da miséria e da degradação social e perversas formas de inserção de parcelas da população no mundo do trabalho. Envolve ainda aspectos éticos relacionados a direitos e deveres quanto à vida e a saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

Propõe ainda a compreensão da integralidade sob duas dimensões: a integralidade focalizada e a integralidade ampliada. A primeira entendida enquanto um esforço e confluências dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. Presumindo fazer a melhor escuta possível das necessidades dos usuários por todos os profissionais envolvidos. Portanto, traz implícita a necessidade do trabalho interdisciplinar. E a integralidade ampliada fruto de uma articulação de cada serviço de saúde com a rede complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições que não necessariamente do ‘setor’ saúde. Logo, nessa perspectiva a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (CECÍLIO, 2009).

Pensar a integralidade ampliada significa considerar as múltiplas ‘integralidades focalizadas’; uma relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. Portanto, uma não existe sem a outra (CECÍLIO, 2009).

Nesse sentido, Mioto e Nogueira (2006, p. 225) destacam ainda que a integralidade tem como pilares a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A interdisciplinaridade entendida a partir de um “[...]

olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde". Portanto, pressupõe a superação de ações fragmentadas e a busca por uma visão de globalidade. Já a intersetorialidade destaca-se como a estratégia de articular setores, como uma nova forma de trabalhar, de governar e construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais e exigindo a articulação entre os diferentes setores sociais, ou seja, a articulação de saberes, poderes e vontades diversos objetivando enfrentar problemas complexos.

A intersetorialidade, pensada, no plano da assistência à saúde permite a ressignificação das práticas em saúde e a construção de processos coletivos de trabalho. Portanto, atende justamente à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela ideia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde. [...] colocam-se os desafios para a saúde pública, entendendo que a promoção da saúde envolve um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de gestão e atenção à saúde vinculada ao conjunto das políticas sociais (CEZAR; MIOTO; SCHÜTZ, 2009, p. 3).

O debate do Serviço Social em torno da interdisciplinaridade bem como da intersetorialidade vem sendo confirmada não somente pelas ações tradicionalmente desenvolvidas pelos profissionais, mas principalmente pelo seu debate teórico-metodológico. Tal debate tem permitido direcionar elementos teóricos para a qualificação dessas ações, e garantindo a aproximação entre o projeto ético-político da profissão e o projeto da Reforma Sanitária (MIOTO, 2007).

É sabido que o projeto ético-político do Serviço Social tem como expressão o Código de Ética profissional, onde podemos encontrar os princípios fundamentais que norteiam o agir profissional dos assistentes sociais e que estão concatenados aos princípios de outros projetos societários, tais como o projeto da Reforma Sanitária.

Outro elemento que merece destaque é o tema sobre o controle social que está inscrito tanto no projeto da Reforma Sanitária quanto nos pressupostos contidos no Código de Ética, na Lei de Regulamentação da Profissão e no Projeto ético-político do Serviço Social. O controle social exercido através, principalmente, dos Conselhos tem possibilitado ao Assistente Social um novo espaço de atuação frente à necessidade de aprofundamento da democracia enquanto socialização da participação política e em relação ao dever de contribuir para a viabilização da

participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

De acordo com Mioto e Nogueira (2009) a ação profissional do assistente social exige a apropriação crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença seja na prevenção, promoção ou cura no contexto das manifestações individuais, familiares, grupais, de segmentos populacionais e da população como um todo.

Assim, Mioto e Nogueira (2009) apontam a necessidade de adensar o conhecimento sobre a dimensão técnica-operativa orientado pelo marco teórico-metodológico e ético-político da profissão e sua articulação com o campo da saúde. Assinala-se o conhecimento como elemento fundamental na conformação dos destinos da profissão. Logo, o desempenho profissional depende de uma produção teórica que dê sustentabilidade às ações profissionais. Entende-se que as mediações entre as dimensões teórico-metodológica e ético-política da profissão e a sua dimensão técnico-operativa não podem depender apenas da capacidade individual dos assistentes sociais no seu exercício profissional, mas demandam sobretudo mediações entre a realidade, ou seja, do seu contexto social, econômico e político, das políticas sociais existentes e os contextos institucionais.

Segundo Mioto e Nogueira (2009, p. 9) falar das ações profissionais no âmbito da discussão do trabalho do assistente social permite compreender que as mesmas constituem-se como os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos em ato.

> "ou seja, expressam no momento em que se realizam a apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos presentes na profissão e no campo das políticas sociais em determinado momento histórico e alinhados a diferentes projetos societários. São as ações profissionais, materializando os projetos profissionais que colocam os diferentes projetos societários em movimento e, portanto, unicamente podem ser compreendidas processualmente, além de definidas a partir do contexto no qual se realizam e articulam. A articulação se mostra como uma característica fundamental do processo à medida que, nessa concepção, não é possível pensar em ações isoladas ou deslocadas de seus fundamentos".

Nesse sentido, há um grande esforço em direção a uma sistematização que possa contribuir para uma condução qualificada das ações profissionais, pautada no paradigma crítico-dialético. Assim, "considera-se que o *como fazer* é peça fundamental para a garantia de uma relação coerente e dialética entre pensamento e ação e, consequentemente, para consolidar e legitimar o atual projeto profissional" (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Mioto e Nogueira (2009) propõem três processos, já mencionados anteriormente, que postulam o trabalho profissional: processos político-organizativos, processos de gestão e planejamento e projetos sócio-assistenciais. Eles se particularizam no contexto das diferentes políticas sociais e orientam o trabalho do assistente social em relação à definição de ações em diferentes níveis. Assim, visam contemplar o movimento da singularidade, particularidade e universalidade no âmbito profissional, sem o risco das fragmentações.

Como um ciclo, os processos mencionados integram o processo coletivo de trabalho do assistente social. No campo da saúde eles organizam-se em torno de necessidades de saúde e abarcam os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, assim como exigem uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização do direito (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Finalizando, Mioto e Nogueira (2009) afirmam que é mediante a integração dos três processos que se efetivam através das ações profissionais que se tem a construção da integralidade e da participação social em saúde. Possibilitam ainda, o trânsito tanto entre os níveis de atenção, quanto entre as necessidades individuais e coletivas, uma vez que as ações profissionais estão presentes em todos os níveis de atenção e gestão.

CAPÍTULO 3

Ao longo deste capítulo será realizada uma breve caracterização da Atenção Básica no município de Ponta Grossa, em especial da estratégia Saúde da Família e o perfil dos sujeitos pesquisados, a fim de contextualizar a pesquisa. Através do conteúdo extraído das entrevistas realizadas, busca-se analisar como se dá a inserção dos assistentes sociais na estratégia Saúde da Família, as ações profissionais nessa direção, bem como o entendimento da prática voltada à integralidade a partir das categorias da promoção da saúde, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ainda nesse âmbito tem-se como objetivo identificar as dificuldades e facilidades do processo de trabalho do assistente social na ESF.

3.1 Estratégia Saúde da Família

No curso de revitalizar a atenção básica, em 2006, tem-se a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica. Ao longo do seu processo histórico, a Atenção Básica foi se fortalecendo e atualmente constituí-se como porta de entrada preferencial do SUS tendo como base os eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, num contexto de descentralização e controle social da gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Nesse sentido, a PNAB aponta para "a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família" que serão detalhados adiante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Conforme se observou anteriormente, uma das prioridades do Pacto pela Saúde são a consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS. Mas para dar andamento à discussão, se faz necessário resgatar como esse programa entra no cenário brasileiro, quais os seus objetivos, sua organização, suas influências nacionais e internacionais, como também um mapeamento do seu real alcance para a satisfação das necessidades da população.

Ao longo da história diversos fatores influenciaram o desenvolvimento do Programa Saúde da Família que posteriormente seria transformado na principal estratégia para reorganizar a atenção a saúde no Brasil.

Internacionalmente pode-se destacar o incentivo dado pela OMS para a incorporação de políticas públicas voltadas para a atenção primária à saúde como uma estratégia de organização do sistema de saúde. Tem-se ainda a proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) na região das Américas, difundido pela Organização Pan Americana de Saúde, a fim de estimular a reorientação dos sistemas para um modelo voltado para comunidades específicas e o fortalecimento da atenção primária à saúde. Mas é no ano de 1977, com a realização da Assembléia Mundial de Saúde, que o conceito de atenção primária ganha forças e se efetiva como a principal estratégia para obtenção da meta "Saúde para todos no ano 2000", qual teve como consequência a elaboração da Declaração de Alma Ata, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários a Saúde, em 1978.

A Conferência de Alma Ata constituiu-se como um marco para a saúde pública, uma vez que a atenção primária a saúde foi definida como principal estratégia de organização dos sistemas de saúde, visando combater as desigualdades existentes na saúde dos povos, estimular o desenvolvimento econômico e social dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a participação da sociedade, a ação intersetorial e a responsabilidade dos governos, assim como promover a cooperação internacional (OPAS, 2009a).

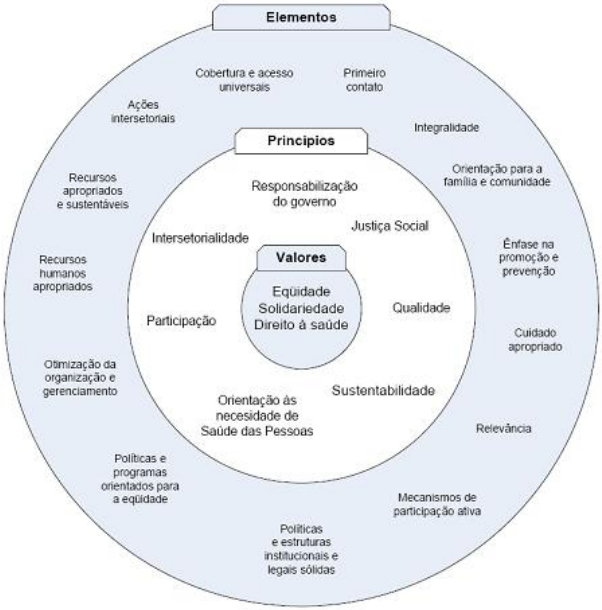
Porém, cabe ressaltar que simultaneamente surgiram outros conceitos que pormenorizavam a atenção primária e se expandiam, tais como a atenção primária seletiva. A APS enfocava um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalecentes nos países em desenvolvimento. Dentre eles destacavam-se, o monitoramento de crescimento, técnicas de re-hidratação oral, amamentação e imunização e algumas vezes incluíam a complementação alimentar, alfabetização de mulheres e o planejamento familiar. No entanto estes serviços eram voltados exclusivamente para populações pobres (OPAS, 2009a).

De maneira geral, as críticas se voltaram a APS devido ao fato da mesma ignorar o contexto socioeconômico, em que seus programas eram voltados a populações específicas gerando a exclusão de outros grupos que careciam de serviços de saúde, além de priorizarem alguns dos ciclos de vida como a infância. Possuíam uma lógica perversa do financiamento, além de fragmentarem o atendimento centrando-o

somente no indivíduo.

Nesse contexto, em 2003 o movimento pela renovação da atenção primária nas Américas ganhou forças e se consolidou com a aprovação da Resolução CD44.R6, pela OPAS/OMS, que instavam os países membros a fortalecer a atenção primária. Em 2007, a OPAS divulga a versão final do documento *Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas* que apresentou os valores, princípios e elementos de um sistema baseado na atenção primária a saúde que podem ser visualizados abaixo (Figura 1) (OPAS, 2009a).

FIGURA 1 – Valores, princípios e elementos da atenção primária a saúde



Fonte: Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas – (OPAS, 2009a, p. 9).

Dentre os valores definidos no referido documento destacam-se a equidade, a solidariedade e o direito à saúde que estão intimamente interligados. Assim, preconiza-se um trabalho conjunto a fim de atingir objetivos comuns, resgatando os direitos e as responsabilidades dos

governos e cidadãos, como a busca contínua pelo acesso à saúde, aos serviços de saúde, a ambientes saudáveis e a serviços sociais (OPAS, 2009a).

Os sistemas de saúde baseados na atenção primária a saúde possuem princípios que fornecem a sustentação necessária para as políticas de saúde, legislações, critérios de avaliação, geração e alocação de recursos, permitindo também a operacionalização do sistema de saúde. Os princípios servem como ponte entre os valores sociais mais amplos e os elementos estruturais e funcionais do sistema. Orientam-se às necessidades de saúde das pessoas, na responsabilização do governo, na qualidade dos serviços prestados, na justiça social, na intersetorialidade, assim como na participação dos indivíduos nos assuntos relacionados à sua saúde e a definição do próprio sistema de saúde (OPAS, 2009a).

Os elementos podem ser definidos como o meio necessário para a efetivação da proposta de atenção primária a saúde, baseados no primeiro contato, na integralidade, na orientação para a família e a comunidade, a ênfase na promoção e prevenção, no cuidado apropriado, na relevância, nos mecanismos de participação ativa, nas políticas e estruturas institucionais e legais sólidas, nas políticas e programas orientados para a equidade, na otimização da organização e gerenciamento, nos recursos humanos apropriados, nos recursos financeiros apropriados e sustentáveis, nas ações intersetoriais e na cobertura e no acesso universal (OPAS, 2009a).

Esse documento traz como discussão central um sistema de saúde baseado na atenção primária, calcado nos princípios e valores apontados, contribuindo para o processo de desenvolvimento humano. Para isso, reiteram a necessidade da coresponsabilização entre os diversos setores sociais e a importância do trabalho interdisciplinar na atenção primária à saúde com base nos determinantes sociais da saúde (OPAS, 2009a).

Ainda no âmbito das influências internacionais, houve experiências exitosas de alguns países que possuíam modelos de atenção primária à saúde com base na comunidade e/ou na medicina familiar que foram determinantes e, de certa forma, contribuíram para o desenvolvimento do PSF no Brasil. Entre os modelos mais conhecidos têm-se o de Cuba, Canadá e Inglaterra. Outros modelos ainda merecem ser mencionados, tais como: da Costa Rica, Espanha, Austrália, China, Tailândia e Sri Lanka. Alguns países destacaram-se, como o caso de Cuba, possuidor de um sistema de saúde organizado e bem sucedido diante de condições econômicas historicamente adversas, mas com

níveis de participação popular, envolvimento comunitário exemplar e forte investimento no setor educacional (OMS, 2009).

Nacionalmente, percebe-se que o PSF se inscreve no contexto de desenvolvimento do próprio sistema de saúde brasileiro. Surge, com o objetivo de efetivar os desafios propostos pela reforma sanitária e que ainda persistem. De maneira geral, o PSF tem seu surgimento sob a égide da substituição das práticas tradicionais e se pauta por uma nova forma de atuação, entendida como primeiro nível de atenção e dentro dos sistemas locais de saúde.

No entanto, faz-se necessário destacar que a perspectiva em torno do PSF surge em meio a políticas de organização da economia e da sociedade, sob a ideia do Estado mínimo, qual rompia com a noção do Estado de Bem-Estar Social como defendia a privatização. Devido ao agravamento da crise econômica e o fim do Estado desenvolvimentista brasileiro, tem-se o aumento das desigualdades sociais e da pobreza.

Na década de 1990, por exemplo, a distribuição de renda no Brasil contava com 10% dos mais ricos se apropriando de quase a metade (48%) do total de rendimentos dos ocupados, o que contribuiu para o aumento da distância entre os poucos ricos e os muito pobres, assim como das desigualdades sociais e a necessidade de reorganização das políticas sociais.

De acordo com Alves e Motter (2010, p. 5):

> "esse período caracterizou-se por uma economia recessiva, pelo desemprego estrutural e por medidas de ajustes neoliberais, tendo como consequências, por um lado, a precarização generalizada das políticas públicas, excluindo ainda mais os segmentos pobres e de outro, a sobrecarga de demandas sociais. Houve um esvaziamento do setor público e a gestão de políticas seletivas e focalizadas na pobreza não conseguiram atender nem sequer as demandas emergenciais, ocorrendo uma grande expansão dos setores privado e do mercado, a refilantropização e a desresponsabilização do Estado. A política social distância-se da perspectiva de direito social".

Merhy (2003, p.3) aponta que os países em desenvolvimento, como o Brasil, sofreram pressões com vistas a ajustes estruturais dos papéis do Estado, entre eles a saúde pública. Dentre o receituário ditado pelos organismos internacionais de financiamento público, como o

Banco Mundial, destacam-se 'programas dirigidos a imunizações, vigilância à saúde através da promoção às doenças infecto contagiosas e DST/AIDS e programas nutricionais voltados especificamente ao atendimento à criança'.

Percebe-se que a garantia constitucional de acesso a saúde não ocasionou medidas efetivas em sua implementação. Os princípios adotados pelo SUS foram desrespeitados, da mesma forma que a prática sanitária desconsiderou as perspectivas da universalidade e da integralidade da assistência.

É nesse cenário que o Brasil, através do Ministério da Saúde, adota a perspectiva da Saúde da Família, cujo objetivo era investir na atenção básica e racionalizar custos com os atendimentos de alta complexidade na ótica do Estado mínimo.

Na realidade, o modelo de saúde vigente apresentava insuficiências e exigia mudanças por centrar suas ações em medidas curativas responsáveis pela ineficiência no setor, insatisfação da população, desqualificação profissional e iniquidades. Esses fatos contribuíram para que o Ministério da Saúde, baseado nas experiências e influências citadas anteriormente, lançasse em seu “Plano de Ações e Metas Prioritárias as estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde”.

Segundo Dal Poz e Viana (2009), a história do PSF é pautada em experiências com práticas de saúde envolvendo agentes comunitários de saúde, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os quais vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará.

Em 1991, o Ministério da Saúde institucionalizou essa prática que enfocava a família como unidade de ação programática de saúde, introduzindo a noção de área de cobertura (por família). O PACS teve como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais encarecidas (DAL POZ; VIANA, 2009).

Em 1979, com recursos da UNICEF, 400 agentes comunitários de saúde iniciaram suas atividades no Maranhão. Em 1987 o programa se estende ao Ceará e em 1991, o PACS é premiado pela UNICEF pela redução do índice de mortalidade infantil, no estado do Ceará, em 32%. Já em 1992, o programa estava funcionando em 13 estados e 761 municípios das regiões norte e nordeste do Brasil (CARVALHO, 2002). Assim, o próprio Ministério da Saúde percebeu que o êxito do PACS apresentava-se como uma solução eficaz para a organização do serviço

básico de saúde no município.

De acordo com Dal Poz e Viana (2009), existem três variáveis importantes do PACS que o situa como antecessor do PSF e que constituem a essência de sua intervenção, são elas:

- enfoque na família e não somente no indivíduo;
- intervenção ativa sobre a demanda, agindo preventivamente sobre ela, e não esperando sua chegada para intervenção;
- concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica.

Franco e Merhy (2008) ressaltam que esta nova lógica de saúde permite que a atenção seja centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

O PSF foi concebido, em 1993, através de uma reunião em Brasília proposta pelo Ministro da Saúde, Henrique Santillo, relacionado ao tema *Saúde da Família*. Esta contou com a participação de diversos secretários municipais de saúde, inclusive das regiões sul e sudeste, quais reivindicavam o apoio financeiro para efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde, expandindo o programa dos agentes para outros ramos profissionais. As diretrizes do PSF surgiram a partir dessa reunião que tem, no ano de 1994, seu primeiro documento. Nele consta que o PSF constitui-se como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação deverá ocorrer, prioritariamente, nas áreas de risco definidos pelo *Mapa da Fome*, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (DAL POZ; VIANA, 2009).

Esse período foi financiado pelo convênio firmado entre Ministério da Saúde, estados e municípios, com exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios, sob interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal. Exige-se ainda que o Conselho Municipal de Saúde esteja em funcionamento, bem como o Fundo Municipal de Saúde (DAL POZ; VIANA, 2009).

De acordo com Franco e Merhy (2008) o documento lançado pelo Ministério da Saúde, em 1994, elencou os princípios sob os quais a

Unidade de Saúde da Família deve atuar, sendo eles:

- **Integralidade e Hierarquização:** a Unidade Saúde da Família insere-se no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, ou seja, a atenção básica. Deve ainda estar vinculada à rede de serviços garantindo o atendimento integral e assegurando a realização da referência e contra referência nos diversos níveis do sistema, sempre que haja necessidade de níveis mais complexos de atendimento.
- **Territorialização:** tem-se um território de abrangência definido, sendo ele responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população que o integra.
- **Equipe Multiprofissional:** formada principalmente por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Com o avanço do programa bem como das demandas outros profissionais foram sendo requisitados, entre eles: dentistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, etc.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS, 2009), cada equipe de saúde é responsável, aproximadamente, por 1000 famílias que serão atendidas em Unidades de Saúde da Família e por equipes multiprofissionais, observando as seguintes atribuições:

- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta;
- Prestar assistência integral, permanente e de qualidade;
- Realizar atividades de educação e promoção da saúde;
- Estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população;
- Estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde;
- Utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões;
- Atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendam a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde.

Ao longo dos anos percebeu-se que o PSF, devido as suas

especificidades, não se constituía como programa e sim como uma estratégia. Portanto não possuía uma "[...] intervenção vertical, paralela às atividades dos serviços de saúde". Pelo contrário, possibilitava a integração do setor saúde, organizando suas atividades em território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas lá identificados (BRASIL, 1997, p.8).

Sendo assim, o mesmo deixa de ser definido como programa e passa a ser chamado de Estratégia Saúde da Família, constituindo-se como eixo estruturante da Política Nacional de Atenção Básica através da portaria Ministerial 648 de 28 de março de 2006.

Em 24 de janeiro de 2008 tem-se, através da Portaria nº 154 do MS, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que objetiva ampliar a abrangência e o escopo das ações no nível da atenção básica, como também sua resolutividade apoiando a inserção da estratégia da Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Dessa forma, se estabelece que os NASFs deverão ser constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuem em parceria com a Equipe Saúde da Família. Em meio a estes profissionais destacam-se: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

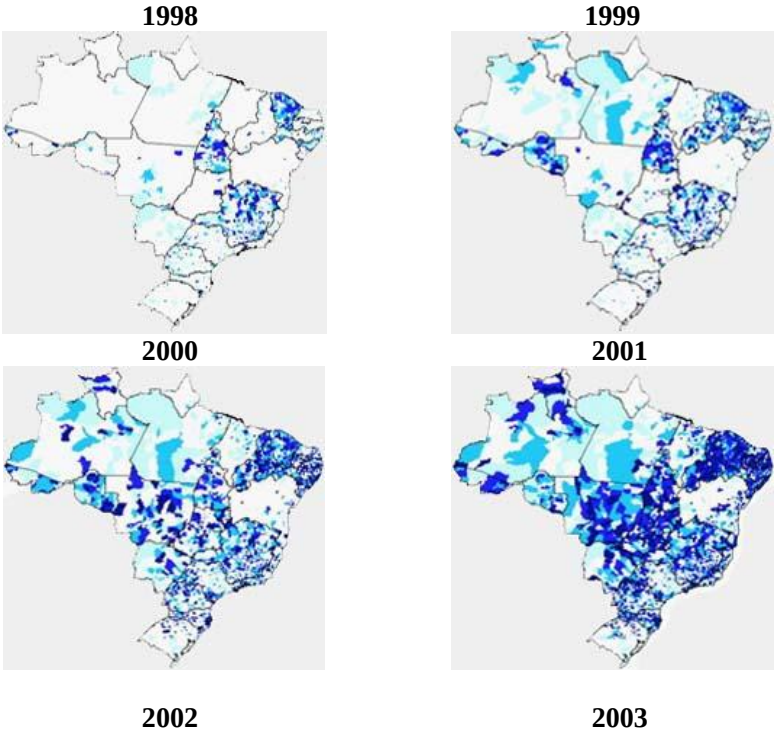
Os NASFs têm como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde, sendo elas: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Percebe-se que a criação dos NASFs, reflete um ganho não só para as diferentes categorias profissionais, mas sobretudo para toda a sociedade no sentido que novos serviços serão ofertados e demandas remotas poderão ser suprimidas.

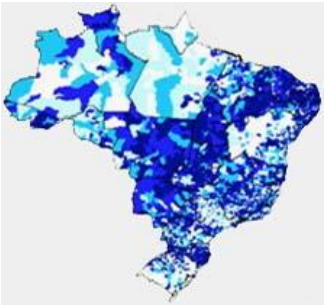
Segundo o Ministério da Saúde (2009), a Estratégia Saúde da Família completou em 2008 quinze anos de existência e ultrapassou a cobertura de 50% da população brasileira. Atualmente, o número de

equipes de SF é maior que 27,3 mil, o que garante assistência para 93 milhões de brasileiros. A Figura 2 apresenta a evolução na cobertura da ESF de 1998 a agosto de 2009 e demonstra que a ESF está entre as prioridades políticas do Ministério da Saúde, a fim de expandir a rede de atenção básica no Brasil.

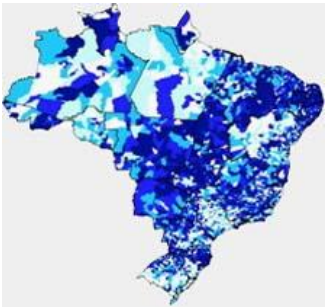
FIGURA 2 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família BRASIL - 1998 - AGOSTO/2009



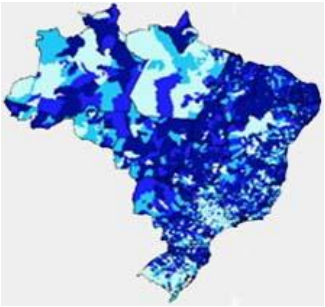
2004



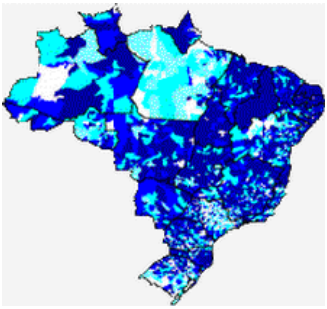
2005



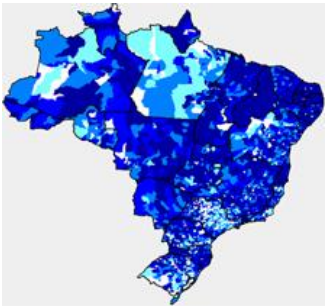
2006



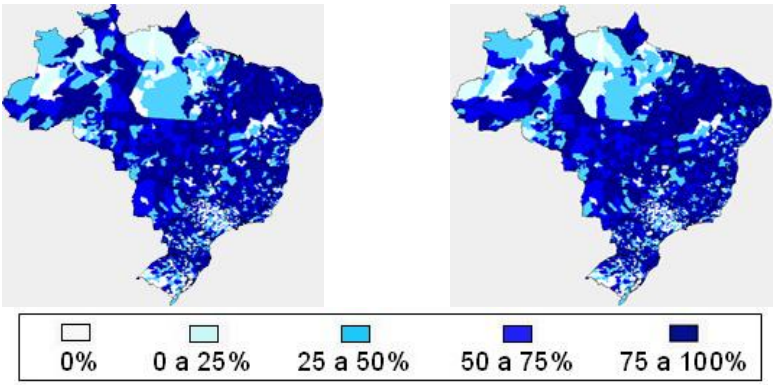
2007



2008



2009



Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

Mediante tal expansão é que se situa o município de Ponta Grossa, no Paraná. A fim de uma aproximação da realidade pesquisada e do objeto de estudo proposto necessita-se contextualizar brevemente as características do município pesquisado e a organização dos serviços de saúde.

3.1.1 A Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa

O município de Ponta Grossa está localizado no Segundo Planalto Paranaense, na região dos Campos Gerais. Possui importante entroncamento rodo-ferroviário e trazem as marcas do tropeirismo, da pluralidade étnica e os caminhos da estrada de ferro, símbolos históricos e marcos referencial ainda presentes no cenário urbano. Sua origem e seu povoamento estão ligados ao Caminho das Tropas, qual reunia o cruzamento dos grupos que levavam gado do Rio Grande do Sul para São Paulo. A introdução dos trilhos da estrada de ferro possibilitou que a pequena Vila se elevasse à cidade em 1862. Ao longo do tempo Ponta Grossa tornou-se um grande centro comercial, cultural e social.

Devido ao pólo de entroncamento rodo-ferroviário e o surgimento da industrialização, a cidade proporcionou a chegada de migrantes tanto rurais quanto urbanos vindos não só do Paraná, mas também de outros estados. Outro fator importante é a chegada de imigrantes ucranianos, alemães, poloneses, italianos, russos, sírios e libaneses que contribuíram para o seu crescimento e desenvolvimento.

Entretanto, a organização urbana originou um aglomerado de favelas que foram sendo constituídas ao longo dos córregos e nos fundos de vale, formando assim uma população com alto índice de vulnerabilidade social nas diferentes áreas: educacional, habitacional, saneamento, saúde, dentre outros. Este fato vem exigindo do poder público uma atitude de construção de políticas públicas efetivas e resolutivas (BALESTRIN; BARROS, 2008).

Atualmente, estima-se que a população esteja em torno de 306.351 habitantes. Dentre, suas principais atividades destacam-se: a indústria, o comércio, a pecuária e a agricultura.

No setor da saúde, Ponta Grossa possui vinte e uma Unidades de Saúde da Família na zona urbana e seis Unidades de Saúde da Família na zona rural, totalizando vinte e sete USF. Possui também vinte e uma Unidades Básicas tradicionais, sendo dezessete na zona urbana e quatro na zona rural. Durante o processo de pesquisa foi realizado uma levantamento a fim de identificar as Unidades Básicas de Saúde que possuíam Assistente Social em seu quadro funcional. Das vinte e uma UBS tradicionais apenas seis contavam com esse profissional. Já nas USF do total de vinte e sete, apenas sete continham Assistentes Sociais.

De acordo com a NOB 93[10], o município enquadrava-se na modalidade de Gestão Parcial ou Semiplena do Sistema Municipal, porém após algumas atualizações na NOB 96, Ponta Grossa passa a condição de Gestão Plena da Atenção Básica ou Municipal, voltando-se assim ao atendimento básico, prestando serviços de média complexidade através de atendimento especializado e dois hospitais, que atendem não só o município como também a região dos Campos Gerais. Já os serviços de alta complexidade são encaminhados a capital do Estado, Curitiba (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

A pesquisa se insere nesse contexto atentando que a parte de campo ocorreu na atenção básica de saúde, especificamente, na estratégia Saúde da Família. Foram integrantes da pesquisa as seguintes Unidades de Saúde da Família:

- Unidade Saúde da Família Adan Polan Kossobredski;
- Unidade Saúde da Família Antônio Horácio Carneiro de

[10] As Normas Operacionais Básicas tem por finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, através de uma série de responsabilidades. Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde e a própria organização do sistema em seu próprio território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Miranda;

- Unidade Saúde da Família César Rocha Milléo;
- Unidade Saúde da Família Madre Josefa Stenmans;
- Unidade Saúde da Família Nilton Luiz de Castro;
- Unidade Saúde da Família Ottoniel Pimentel dos Santos;
- Unidade Saúde da Família Roberto de Jesus Portela.

Os sujeitos da análise foram sete assistentes sociais integrantes das equipes de Saúde da Família, ou seja, é disponibilizado um profissional para cada Unidade de Saúde da Família. Cabe ressaltar que a inserção do assistente social nas ESF não é preconizada pelo Ministério da Saúde, sendo esta a responsabilidade do representante do executivo, do município, compreendendo a contratação dos mesmos de acordo com sua visão de mundo e compromisso político. A perspectiva de implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, que contrariamente postula a presença do assistente social na equipe, apresenta-se incipiente a nível nacional e, portanto, ainda não foi implantada no referido município.

Sendo assim, propõe-se pesquisar em que medida as ações profissionais do assistente social tem colaborado para a construção da Integralidade das ações em saúde, constituindo-se num campo fértil para a profissão e marcada pelos desafios de sua concretização. Para isso, traçaram-se os seguintes objetivos específicos: investigar como se dá a inserção dos assistentes sociais na estratégia Saúde da Família; identificar as ações profissionais dos assistentes sociais na ESF; apresentar o entendimento dos profissionais sobre a integralidade, a promoção da saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade na atenção à saúde; e pontuar as dificuldades e facilidades do trabalho do assistente social neste novo espaço sócio-ocupacional a fim de responder com mais qualidade aos serviços de saúde demandados pela população.

Assim, a pesquisa apresentada possui uma abordagem qualitativa, que de acordo com Minayo (1994, p. 21-22):

> "responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que

> não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

A técnica de coleta de dados utilizada foi à entrevista semi-estruturada, uma vez que "ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, proporcionado assim o enriquecimento da investigação" (TRIVIÑOS, 1987, p. 146). Faz-se necessário pontuar que as entrevistas foram gravadas e transcritas, assim como assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a fim de obter maior segurança aos envolvidos.

A análise dos dados coletados para a elaboração deste trabalho foi realizada através do método da análise de conteúdo que segundo Bardin, 2002 citado por Triviñhos (1987), caracteriza-se pelo conjunto de técnicas de análise das comunicações. Através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, são obtidos indicadores (…) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens. Para tanto, o autor salienta que qualquer técnica adquire sua força e seu valor mediante o apoio de determinado referencial teórico.

Na tentativa de sistematizar e facilitar a análise do conteúdo das mensagens recebidas através das entrevistas, como também a definição das categorias que surgiram durante tal procedimento, buscou-se unir as respostas de cada pergunta e organizá-las de acordo com as categorias pré-definidas. Posteriormente, organizaram-se as novas categorias sob o critério das repetições entre os vários entrevistados.

3.2 Do conteúdo teórico as respectivas práticas

Ao longo deste tópico serão trazidos subitens definidos a partir da pesquisa realizada que apontam a temática da inserção dos assistentes sociais na atenção básica de saúde. Serão apresentados ainda o papel e as ações profissionais realizadas pelos assistentes sociais na Unidade de Saúde da Família, inclusive aquelas referentes ao controle social, bem como o entendimento apresentado pelos profissionais entrevistados das seguintes temáticas: integralidade, promoção da saúde, interdisciplinaridade e intersetorialidade; a importância atribuída ao conhecimento para o exercício profissional de qualidade, bem como as dificuldades e facilidades do trabalho do assistente social na estratégia

Saúde da Família. Sendo assim, as temáticas apresentadas, serão analisadas através do conteúdo extraído das entrevistas a luz da revisão de literatura efetuada ao longo deste trabalho.

3.2.1 A inserção dos assistentes sociais na atenção básica de saúde

No decorrer da pesquisa constatou-se que os sete sujeitos pesquisados são, na sua maioria, do sexo feminino e formadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Suas especializações permeiam a área de Serviço Social e área da Saúde. Sendo uma delas, especificamente, na área de Gerontologia. Apenas uma das entrevistadas não possuía especialização. Outras duas pesquisadas cursaram Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas, ofertado pela UEPG.

Ao serem questionadas quanto a sua trajetória profissional, as entrevistadas demonstraram experiência nas diversas áreas do Serviço Social, tais como: serviço social na empresa, nos serviços de obras sociais, nos hospitais etc. e atualmente na ESF. Constatou-se, através das entrevistas, que as assistentes sociais foram contratadas mediante Teste Seletivo, sobretudo, a partir da década de 90. Sendo redimensionadas para diversas áreas que não a ESF, uma vez que o surgimento da lógica do PSF data os anos de 1994.

Através de informações obtidas mediante o processo de pesquisa de campo, constatou-se que a contratação dos assistentes sociais na área da saúde, na década de 1990 no município de Ponta Grossa, ocorreu naquele momento histórico citado por Bravo e Matos (2006) em que há a ampliação e revisão da ação profissional do Serviço Social na saúde em virtude de alguns acontecimentos.

Destacam-se entre eles a preocupação da saúde enquanto uma questão política – momento este de aprovação da Constituição Federativa do Brasil que vigora até os dias atuais e que garante a universalização dos direitos sociais como a saúde, o aprofundamento teórico e a maturação da vertente ‘intenção de ruptura’ especificamente no Serviço Social. Mediante esse contexto os assistentes sociais adotaram uma postura crítica frente às demandas institucionais, conquistas na organização da categoria e na regulamentação da profissão.

Entretanto, deve-se ressaltar que em meio a estas conquistas tem-se o surgimento da ofensiva neoliberal, a qual vem desafiando

profissionais nas diferentes áreas, inclusive no Serviço Social. Ocorreram nessa perspectiva novas requisições aos diferentes profissionais sob a ótica do projeto privatista e do Estado Mínimo em contraposição as propostas em torno do projeto da Reforma Sanitária. A partir da década de 1990 foram atribuídas ao Serviço Social na saúde duas requisições.

Referente ao projeto privatista destaca-se ações de seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial mediante a prática do aconselhamento, ação fiscalizatória sobre os planos de saúde, ações assistencialistas e paliativas e o predomínio de práticas individuais. Prática esta que revela a marca do conservadorismo nas raízes da profissão, em que os profissionais de Serviço Social eram compreendidos meramente como 'executores de políticas públicas' (BRAVO; MATOS, 2006).

Contrariamente, têm-se as ações em torno do projeto da Reforma Sanitária, na busca pela democratização do acesso às unidades, aos serviços de saúde e as informações, atendimento humanizado, estabelecimento de vínculos entre as instituições e a realidade, a interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2006).

Nessa conjectura do projeto da Reforma Sanitária que o Serviço Social vem alargando sua prática profissional, sobretudo em defesa dos princípios defendidos pela RS, quais são garantidos pelo Sistema Único de Saúde vigente. É de conhecimento que o sistema de saúde brasileiro é dividido em níveis e entre eles tem-se a Atenção Básica de Saúde que ganhou visibilidade através de uma série de debates nacionais e internacionais a respeito da atenção primária a saúde e sua capacidade de minimizar as desigualdades e iniquidades na saúde a custos baixos, decorrentes das transformações sócio-políticas pelas quais o mundo passa.

Assim, pautada nas considerações de Lima e Mioto (2009), entende-se que são as ações profissionais que colocam em movimento, na esfera da realidade, determinados projetos da profissão. Seja aqueles voltados aos princípios defendidos pelo projeto privatista ou do mercado ou pelo projeto da Reforma Sanitária.

Ainda sobre a inserção dos assistentes sociais na atenção básica no município pesquisado é importante assinalar a diferença encontrada no trabalho desenvolvido pelo assistente social na Unidade de Saúde e na Unidade Saúde da Família. Atualmente, ambas coexistem na atenção primária à saúde. Sobre isso, o sujeito A, afirma:

> *"... na Unidade Básica os profissionais trabalham individualmente, os usuários não precisam morar exatamente no local onde são atendidos, diferente da Unidade de Saúde da família onde o usuário precisa ser cadastrado para haver atendimento. Sem falar que na USF é feito um acompanhamento das famílias pelas visitas domiciliares onde, a gente, pode identificar as situações de risco e pensar em possíveis soluções para aquele problema. Ah, trabalha também no regime de oito horas e em equipe, junto com o médico, enfermeiro, farmacêutico, dentista e o assistente social.*

Ainda nessa direção o sujeito C, reitera:

> *"há diferença sim porque na Unidade de Saúde da Família a um planejamento das ações, em torno de um diagnóstico que realizamos junto com a equipe. Vejo que a interação entre a equipe é maior, acho que pela permanência no ambiente de trabalho e pela carga horária maior. Tem uma 'disposição' de todos para um trabalho em conjunto, interdisciplinar. Já na Unidade Básica de Saúde as ações são mais voltadas para a cura de doenças e para a prevenção, por programas prontos e básicos, tipo imunização, puericultura, controle de Diabetes, Hipertensão, Planejamento Familiar, Prevenção do Câncer..."*

Nesse sentido, a entrevistada complementa que o processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde é diferente, pois não há elaboração de diagnóstico e planejamento, assim como o envolvimento com a comunidade e entre os membros da equipe é menor.

Em pesquisa realizada no Estado de São Paulo no ano de 2006, foram comparadas as modalidades assistenciais Programa Saúde da Família (PSF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, constatando-se que o Índice de Atenção Básica (IAB) foi maior no PSF, na opinião dos usuários, se comparado a UBS tradicionais. Este índice foi baseado no referencial proposto por Starfield (2004), qual se desdobra em esferas de avaliação da atenção básica à saúde, tais como: acessibilidade, porta de entrada, vínculo ou longitudinalidade, elenco de

serviços, coordenação ou integração de serviços, centralidade na família, orientação para a comunidade e formação profissional. De acordo com os autores Elias et al.(2010), os sistemas de saúde que cumprem os preceitos contidos nessas esferas apresentam melhor desempenho e possibilitam a obtenção de melhores indicadores de saúde (ELIAS et al. 2010).

Os autores chamam a atenção para as diferenças estatisticamente significantes encontradas, em que as estimativas dos IAB são sempre mais altas no PSF que nas UBS tradicionais. As esferas de acessibilidade, vínculo, enfoque familiar, orientação comunitária, serviços oferecidos e coordenação dos cuidados são os mais bem avaliados no PSF na opinião dos usuários. No entanto, na opinião dos gestores e profissionais não foram evidenciadas diferenças relevantes nas modalidades assistenciais pesquisadas.

Entre as suas melhores avaliações destacam-se o enfoque familiar e a orientação comunitária, contrariamente a opinião dos usuários que demonstraram os menores índices. Este resultado foi atribuído ao fato de ambas as esferas serem objetivadas no PSF e que dificilmente seriam mal avaliadas pelos próprios gestores e profissionais encarregados de implantá-los nos serviços (ELIAS et al. 2010).

A pesquisa desenvolvida por Elias (2010) identificou ainda uma distinção nos serviços oferecidos pelas diversas modalidades assistenciais. As Unidades de PSF contam com Equipes de Saúde da Família em conformidade com as normas do MS conforme a delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela. Já as UBS tradicionais detêm em suas equipes médicos como: clínicos, pediatras, ginecologistas, oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, pneumologistas, entre outros, distribuídos irregularmente pelas unidades, assim como enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal e apoio técnico. São atendidas as demandas espontâneas e/ou encaminhadas por outros serviços. Assim, inexiste adstrição da clientela e a delimitação da área de abrangência referem-se exclusivamente as ações de vigilância à saúde.

Com relação à pesquisa de campo realizada em Ponta Grossa, o sujeito D legitima as afirmações anteriores a respeito das diferenças no processo de trabalho do assistente social no PSF e na UBS e reitera:

> *"nosso trabalho é integrado com outros profissionais, elaborando, coordenando e executando planos, programas e projetos que trazem benefícios para a comunidade. A*

Unidade de Saúde da Família, conta com mais profissionais, nossas ações beneficiam a saúde preventiva da população alvo, né, e geram maior responsabilidade pelos profissionais".

A partir da fala dos sujeitos pesquisados percebe-se claramente a diferença existente entre práticas de saúde baseadas apenas na proteção e prevenção das doenças e aquelas voltadas a promoção da saúde. Ao longo deste trabalho buscou-se refletir, baseado em Buss, sobre a diferença entre esses conceitos. Resumidamente, a proteção e prevenção das doenças pautam-se apenas em ações curativas, tendo como foco as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou causais de um grupo de doenças.

Nesse aspecto, o objetivo final é evitar a doença. Ao contrário, tem-se a perspectiva da promoção da saúde que tem um caráter mais amplo e abrangente que busca identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença e assim transformá-los favoravelmente em direção da saúde.

Deste modo, trabalhar em torno da perspectiva da promoção da saúde significa ultrapassar o modelo anterior (biomédico/flexneriano), baseado na assistência a doença, em seus aspectos individuais e biológicos, centrado nas especialidades médicas e no hospital, como também na utilização intensiva da tecnologia.

O conceito ampliado de saúde, definido e consolidado no Brasil a partir da VIII Conferência de Saúde, através da co-relação entre as condições de saúde e as condições gerais de vida da população, tais como, o acesso: a moradia, ao saneamento básico, a alimentação adequada, a educação de qualidade, ao emprego e às condições dignas de trabalho, ao transporte, ao lazer, a liberdade, aos serviços de saúde e a renda suficiente para a sua sobrevivência e de sua família em condições dignas. Logo, a adoção da perspectiva da promoção da saúde perpassa pela apreensão de um novo paradigma na saúde, sendo o da produção social da saúde.

Essa compreensão da promoção da saúde como conceito ampliado de saúde exige a adoção dos determinantes sociais da saúde. Assim, as condições sociais que favorecem o bem-estar e a doença devem ser compreendidas a partir de uma multiplicidade de determinações, expressas, especialmente, pelas condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social. Nesse contexto reside a importância da retomada crítica proposta pelo CEBES ao paradigma positivista da epidemiologia tradicional que abordam os

DSS apenas na qualidade de fatores ou variáveis estatísticas.

Por conseguinte, ser saudável significa a possibilidade de produzir a sua própria saúde, seja mediante os cuidados tradicionalmente conhecidos, seja por ações que influenciam o seu meio, tais como ações políticas de redução de desigualdades, educação, cooperação intersetorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam nossa existência, enfim o poder de exercer a cidadania.

Explicitou-se anteriormente que diversos atores sociais estiveram presentes na definição e consolidação do novo modelo de atenção a saúde no Brasil. Assim, a concepção ampliada de saúde e os determinantes sociais da saúde, como estruturante do processo saúde-doença, contribuíram para a ampliação do espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais em particular. A definição do conceito ampliado de saúde envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a sua saúde como qualidade de vida, portanto, exige condições que permitam a população exercer sua cidadania que podem ser traduzidas pelas condições gerais de vida que influenciam o estado de saúde da população.

3.2.2 O papel do assistente social na Unidade de Saúde da Família

Alguns referenciais teóricos destacam que o processo de trabalho do assistente social na estratégia Saúde da Família diferencia-se daquele exercido no contexto da saúde em geral. De certa forma pode-se considerar que a presente pesquisa apontou similaridades entre esses processos de trabalho e, sobretudo, na atenção básica de saúde. No entanto, a estratégia Saúde da Família apresentou algumas particularidades se comparado aos demais setores da saúde, principalmente, no que diz respeito ao seu principal alvo de atuação, a família – que a partir da década de 1990 passou a ter centralidade no debate das políticas públicas, entre elas a política de saúde.

A diferença entre os processos de trabalho referido anteriormente reside ainda na importância atribuída à adstrição da clientela/territorialização, pautada na ideia de que é preciso cuidar do território e do ambiente para se conservar a saúde, compreendendo que o processo saúde-doença é também determinado por variáveis presentes na organização e funcionamento da própria sociedade. A programação e o planejamento descentralizado, a integralidade da assistência, a

abordagem multiprofissional, o estímulo à ação intersetorial, a participação e ao controle social, bem como a educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família que se caracterizam como diretrizes da ESF.

Contudo, o debate em torno da temática da família ainda não avançou de forma significante na área da saúde, apontando a necessidade de seu aprofundamento. Este fato pode ser observado ao longo da fala dos sujeitos pesquisados, pois não há nenhuma referência a família enquanto foco principal de atuação da ESF e suas transformações no mundo contemporâneo.

Quando questionadas quanto ao papel desenvolvido especificamente pelo Serviço Social na Unidade de Saúde da Família os sujeitos destacam:

> *"a ESF trabalha dentro da perspectiva da visão integral do indivíduo e considera sua inserção numa determinada comunidade, família, trabalho, […] considera todos os aspectos que envolvem e que podem interferir na manutenção ou recuperação da saúde. E isso vem ao encontro da visão de homem que o Serviço Social trabalha, desde antes da inserção na ESF. Aí que vejo um encontro de objetivos, de perspectivas, que de certa forma, facilita o nosso trabalho. […] podemos contribuir no processo de trabalho da equipe no diagnóstico, no planejamento e na articulação das ações que são próprias do Serviço Social e que estão presentes no cotidiano da Unidade de Saúde" (SUJEITO C).*

O sujeito C sinaliza:

> *"Eu penso que nosso papel na equipe de saúde é relevante porque, a gente, busca planejar as ações dando diretrizes para o processo de planejamento dos serviços de saúde... por exemplo, quando identificamos problemas da área de abrangência e situações de risco social nós procuramos elaborar projetos de intervenção para resolver os problemas" (SUJEITO A).*

A exigência em torno do planejamento vem retomando espaço no Serviço Social, pois ele permite sistematizar e racionalizar as ações profissionais. Apresenta-se ainda como um dos elementos estruturantes e sustentáveis a toda e qualquer ação, juntamente com o conhecimento/investigação, a documentação, os objetivos, as formas de abordagens, e os instrumentos técnico-operativos, definido por Lima e Mioto.

De acordo com Nogueira e Mioto (2006b) o planejamento na área da saúde:

> *é utilizado de forma ampla e em espaços e dimensões, [...] para formalizar as políticas de saúde, dar organicidade aos sistemas de saúde, na dimensão gerencial e tecno-assistencial para implantação do SUS, para a delimitação dos sistemas locais de saúde, para a gestão do sistema de saúde suplementar, no planejamento em saúde, selecionando prioridades e a partir do reconhecimento das necessidades de saúde – organizar as demandas em saúde, prever a cobertura dos serviços de saúde, favorecer a gerência e a gestão em saúde, fornecendo ferramentas para a avaliação de programas, de serviços e de cuidados em saúde e previsão de custos e alocação de recursos.*

No cotidiano da ação profissional o planejamento é utilizado como técnica, um instrumento inerente a prática profissional. No plano profissional específico, torna-se necessário um direcionamento racional à ação com vistas a contribuir com o processo coletivo de trabalho. Sem esse processo contínuo de pensar racionalmente as ações corre-se o risco de se submeter a práticas burocratizadas, com atividades rotineiras e repetitivas. Assim sendo, planejar a ação profissional garante a possibilidade de um repensar contínuo sobre a eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido, articulando as dimensões do fazer profissional com as esferas ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa (MIOTO; NOGUEIRA, 2006b).

É nesse aspecto que Lima e Mioto (2009) destacam que além dos elementos estruturantes já mencionados, a ação profissional possui os elementos condicionantes como: o projeto profissional, a natureza dos espaços sócio-ocupacionais e as demandas e necessidades dos

usuários. A combinação desses elementos pressupõe uma relação dialética entre as dimensões teóricas, éticas e técnicas da profissão. Logo, é impossível conceber a ação profissional de forma isolada dessas dimensões, uma vez que são as mesmas que permitem o embasamento necessário para a defesa de determinado projeto profissional e ou societário.

Em meio aos entraves postos ao SUS constitucional e às proposições da Reforma Sanitária brasileira é que os assistentes sociais vêm compartilhando princípios ético-políticos, de acordo com os princípios que dão sustentação a RS na busca pela construção de uma sociedade radicalmente nova, democrática, republicana e solidária.

Ao longo de 30 anos vêm-se construindo o projeto profissional do Serviço Social, acreditando que a realização do trabalho de qualidade só se efetiva quando a intervenção está alicerçada pelos princípios da RS e do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Os sujeitos G e E citam uma reflexão importante para o Serviço Social na estratégia Saúde da Família, uma vez que, resgatam o compromisso ético-político firmado pelos profissionais no que diz respeito à segurança. Outras ações são apontadas, tais com: as orientações, informações e reflexões visando à participação popular. Destaca-se ainda que o assistente social tem se apresentado como elo integrador, mediador e facilitador ao possibilitar a população o acesso aos serviços básicos de saúde. Nesse sentido sinalizam:

> *"temos papel fundamental no atendimento da população especialmente na orientação, informação, mediação e no acesso aos serviços básicos. Por isso que vejo o serviço social como um instrumento que possibilita à população, através de projetos e ações de educação permanente em saúde e cidadania, reflexões com vista à participação popular e seu envolvimento na busca e garantia de direitos. Então, os espaços que não contam com este profissional acabam possibilitando à população a perda deste serviço. Já na equipe, vejo o profissional como um elo de integração para e com os demais profissionais, porque nós consideramos o indivíduo a partir da sua realidade e a realidade da equipe muitas vezes apresenta conflitos. Neste momento nossa*

> *intervenção busca um equilíbrio, levando os indivíduos a perceber que o todo é maior que a soma de todas as partes, onde a equipe só pode ser de fato considerado equipe se avançar junto com vistas ao objetivo maior que é a resolutividade das necessidades apresentadas pelos cidadãos que procuram o serviço de saúde" (SUJEITO G).*

> *"acredito que existe influência na prática do projeto ético-político pelos preceitos da própria profissão, como a igualdade social, democracia, direitos humanos, justiça social, qualidade de serviços, na intervenção técnico-operativa, viabilizando a ampliação dos direitos sociais" (SUJEITO E).*

Na realidade, de acordo com Iamamoto (2006), as novas demandas postas ao Serviço Social exigem um profissional com compromisso ético-político e competência teórico-metodológica, baseado na teoria crítica da realidade, com um perfil crítico, com capacidade para formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a democratização das relações sociais. Comentam ainda a necessidade de um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimulando a participação dos sujeitos sociais nas decisões, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los.

Atualmente, o Serviço Social possui uma postura diferenciada, contrária àquela baseada no conservadorismo e no Serviço Social Tradicional, este vem redimensionando e renovando sua interpretação no âmbito teórico-metodológico e nos campos dos valores, da ética e da política. Essa nova postura pode ser conjecturada através da constituição democrática de base normativa, tais como a Lei de Regulamentação da profissão (8.668), do Código de Ética Profissional de 1993 e das novas Diretrizes Curriculares para a formação profissional.

Sabe-se que estas mudanças ocorridas no entendimento da profissão iniciam-se na década de 60, com o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, qual representou o início do debate e do questionamento das práticas até então executadas, sob influência européia e posteriormente norte-americana. O contexto histórico vivenciado na época, como o regime militar, proporcionou a revisão do

Serviço Social na vertente da modernização conservadora.

Essa perspectiva significou a adequação da profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós-1964, como integrador no processo de desenvolvimento, com influências do estrutural-funcionalismo e cuja preocupação detinha-se na inserção da profissão numa moldura teórica e metodológica. Nesse aspecto, o Serviço Social na saúde sedimentou suas ações na prática curativa, principalmente através a assistência médica previdenciária.

Ao longo do tempo, surgiram outras direções para a profissão. Entre elas destaca-se a década de 80, qual foi fundamental para o início do debate em torno da tendência atualmente hegemônica, a intenção de ruptura e a interlocução da vertente marxista. Observou-se ainda que neste mesmo período ocorria no Brasil um intenso movimento social na luta pela democracia. Particularmente na saúde tem-se o Movimento pela Reforma Sanitária que vinha ganhando forças e a adesão de diferentes profissionais.

Sabe-se que a perspectiva em torno do novo modelo de atenção a saúde, defendido pelo Movimento Sanitário, contribuiu para que os direitos a saúde fossem garantidos como direito do cidadão e dever do Estado, através da Constituição Federal. O SUS pautou-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que deveriam ser efetivados através de diretrizes, tais como a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, bem como de políticas sociais e econômicas visando à redução do risco de doenças e outros agravos.

Para isso, às ações e serviços deveriam atentar-se para a promoção, proteção e recuperação da saúde. No entanto, apesar dos esforços a implementação do SUS constitucional ainda apresenta dificuldades. Identifica-se atualmente o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, a ênfase na focalização, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, avanços e retrocessos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, dentre outras (CFESS, 2009a).

3.2.3. O entendimento e a prática profissional dos assistentes sociais em torno da integralidade

Quando os sujeitos foram questionados sobre o conceito de integralidade e sobre as suas ações nesse âmbito, as entrevistadas demonstraram, em sua maioria, uma visão ampliada do processo saúde-

doença que vem de encontro à proposta da Reforma Sanitária.

Destaca-se na fala dos entrevistados a necessidade do trabalho voltado para ações que promovam a saúde mediante ações que condicionam a qualidade de vida da população e que resultam na convergência de uma ampla gama de políticas que vão desde o saneamento, da habitação, da educação e da cultura até as políticas voltadas para a geração de emprego e renda. Logo, significa compreender a saúde enquanto processo social no qual a assistência a saúde é apenas um de seus componentes.

Nesse sentido, o sujeito E aponta:

> *"penso que o avanço da concepção de saúde e da integralidade da atenção possibilitou ao assistente social a ampliação do campo de atuação profissional e sua inserção em diferentes níveis, enfatizando a dimensão social do processo que envolve a saúde e a doença. Eu entendo que a concepção ampliada de saúde decorre das condições de vida, do trabalho e da necessidade de acesso a todos os serviços para promover, proteger e recuperar a saúde. É assim que se amplia, né, e justifica a nossa inserção em função das novas manifestações da 'questão social' que impõe crescentes demandas de ampliação dos serviços de saúde" (SUJEITO E).*

Ao longo da fala dos entrevistados, percebe-se que o trabalho integral na saúde perpassa pela compreensão da categoria totalidade que pode ser visualizada mediante ações integrais que consideram o processo saúde-doença enquanto um processo social. Significa dizer que há a persistente necessidade de superação do modelo até então vigente, de práticas reducionistas, curativas, mecanicistas, que giram em torno do paradigma positivista. Há, portanto, a insurgência de um novo paradigma voltado à integração das partes, sem desprezar a importância do estudo das mesmas, como também a necessidade de compreender como estas se relacionam, pois elas são interdependentes.

> *"entendo que nós devemos trabalhar o todo e não apenas uma parte da realidade do paciente, não apenas a doença, mas a sua causa mesmo" (SUJEITO F).*

> *"é o serviço de saúde trabalhando em equipe, em prol da assistência a população como um todo. [...] a equipe tem que ser coesa e buscar atingir a totalidade das ações, na promoção e prevenção da saúde" (SUJEITO A).*
>
> *"ao falarmos em integralidade das ações em saúde, penso que, estamos nos referindo a totalização da assistência ao indivíduo através das ações que proporcionamos como profissionais de saúde que somos, para que se resolva com todos os meios que conhecemos e necessitamos para resolver a problemática em questão" (SUJEITO B).*
>
> *"integralidade para mim é você atender aos cidadãos que nos procuram com um olhar holístico, visando a qualidade de vida dentro do sujeito. E entendendo qualidade de vida dentro de um contexto ampliado. A saúde e o ambiente não podem ser vistos de forma separada".*

O sujeito E reitera que o assistente social na ESF é fundamental, sem este resta uma lacuna a ser preenchida. Acredita-se que o profissional possui uma visão de totalidade e instrumental técnico para intervir na realidade, a qual é permeada por contradições. Assim, Iamamoto (1999), citado por Nogueira e Mioto (2006b, p.281), aponta que a ação profissional é entendida pela ótica da totalidade significando apreendê-la "em suas múltiplas relações com a esfera da produção/reprodução da vida social, com as instâncias de poder e com as representações culturais – científicas e ético-políticas – que influenciaram e incidiram nas sistematizações da prática e ações profissionais, ao longo do tempo".

De acordo com Nogueira e Mioto (2009) e Assumpção (2007), a esfera crítica da saúde e do Serviço Social vem ancorada com a incorporação da teoria marxiana ao pensamento sanitário brasileiro mediante a análise das condições de saúde da população, a partir dos componentes estruturais das sociedades capitalistas. Nesse contexto, essa perspectiva crítica torna-se fundamental para a discussão da integralidade em saúde, haja vista que a mesma não pode ser concebida apenas sob uma ótica e sim trabalhada em seu conjunto.

O novo paradigma na saúde, o da produção social da saúde e

sua prática são compreendidos através de categorias advindas da teoria crítica, como totalidade, dialética, materialismo histórico, mediação, entre tantas outras que contribuem para o entendimento da integralidade como princípio dotado de vários sentidos consistindo tanto na abordagem do indivíduo em sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Além disso, buscam garantir o acesso aos diferentes níveis de necessidades de saúde de uma população e não unicamente a um recorte de problemas.

Deste modo, os pesquisados apontam como a integralidade se concretiza na prática profissional:

> *"num primeiro momento devemos conhecer o que temos, e aí sim totalizar as ações que dispomos juntamente com os outros profissionais da equipe para garantir a integralidade das ações visando a melhoria da saúde do indivíduo, né, e da comunidade que ele está inserido" (SUJEITO B).*

> *"buscando junto a comunidade o que é de interesse delas, nas orientações... não desprezando o conhecimento da pessoa, a sua história de vida. Procuramos desenvolver um trabalho nesse sentido, mas com a primeira gestão do atual prefeito tudo ficou mais difícil, porque se privilegia muito mais a quantidade do que a qualidade. […] eles preferem construir postos do que investir na qualificação dos trabalhadores da saúde básica" (SUJEITO F).*

> *"Na prática, busco atuar de forma coerente com os princípios do SUS, a integralidade é um deles. Sempre procuro intermediar as ações desenvolvidas pela equipe e fortalecer as ações em rede buscando parcerias com outros setores, com a educação, assistência médica, meio ambiente, com os conselhos... acredito que só com a participação efetiva e consciente de fato por parte da população através dos segmentos da organização e representativos que a integralidade se efetiva. E nós profissionais*

devemos nos sentir parte deste processo e juntamente com a população e se comprometer com o controle social através de uma participação cidadã. Mas, olha, alguns profissionais, nem todos, infelizmente nem sequer entendem ou se propõem a discutir este tema. Percebo isso na forma como se comportam especialmente quando aparecem conflitos ou quando falta resolutividade na média e alta complexidade (e pior, onde a gestão tem deixado muito a desejar) e os profissionais em sua maioria se omitem. Infelizmente ainda vejo muita falta de comprometimento tanto dos profissionais como dos governantes que ainda não entenderam que os cidadãos que procuram os serviços são nossos principais parceiros e não o contrário" (SUJEITO G).

"temos no nosso espaço de intervenção a identificação das causalidades e multiplicidades de fatores que incidem na qualidade de vida da população com ênfase na promoção e prevenção da saúde" (SUJEITO E).

"ela se efetiva através do planejamento das ações, visando o controle social, trabalhando na perspectiva de aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos para influir nos fatores determinantes da saúde, o que exige educação, prática, capacitação para liderança e acesso aos recursos. A equipe deve conhecer como um todo os principais focos, problemas, dificuldades e recursos da comunidade, ter mais convênios com médicos especialistas, aumentar o número de exames específicos e aumentar o número de equipes do Programa Saúde da Família também" (SUJEITO A).

"que nossos governantes invistam muito mais em saúde e educação, prevenir a saúde beneficia em muito a população" (SUJEITO D).

Conclui-se então que o atendimento integral pressupõe um trabalho interdisciplinar e intersetorial. Articulado ainda com a comunidade e respeitando ao conhecimento popular e história de vida da população. Portanto, requer a participação pública, a parceria com outros setores e também o fortalecimento das ações em rede.

Outro fator que merece destaque nessa pesquisa refere-se à importância das ações específicas de cada profissional, pois ele detém o saber de uma determinada disciplina/conhecimento. Entretanto, o atendimento não pode ocorrer de forma isolada. Esses conhecimentos devem interagir entre si, a fim de um atendimento de fato integral e de qualidade atendendo aos requisitos biológicos e compreendendo os aspectos sociais, econômicos e culturais que influenciam o estado de saúde da população.

De maneira geral, a integralidade na saúde pressupõe a vinculação ou articulação das ações na promoção, na prevenção, na assistência e na recuperação da saúde. Percebe-se o embasamento de concepção ampliada de saúde com determinantes as condições sociais de vida e de trabalho a que as pessoas estão expostas ao longo do tempo, ou seja, as condições de saúde derivam de uma multiplicidade de fatores que intervém no processo saúde-doença. Assim, requerem ações nos mais variados setores, diferentes conhecimentos com vistas à melhoria das condições de vida, e consequentemente de saúde da população. Mattos (2009) afirma ainda que a integralidade constitui-se como uma ‘bandeira de luta’, uma vez que postula a defesa por certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas como um conjunto de valores pelos quais vale lutar, relacionando-se a um ideal de sociedade mais justa e mais solidária.

Nos capítulos anteriores constatou-se que a interdisciplinaridade e a intersetorialidade constituem-se como pilares da integralidade. Desde a Conferência sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, em que se defende a junção de esforços de todos os setores, a fim de garantir à atenção primária a saúde. Ao longo dos anos ocorreram outras conferências, já mencionadas, assim, a defesa da promoção da saúde ganhou contribuição para a consolidação da ideia de que para se produzir saúde dever-se-ia atuar sobre os DSS e não apenas na cura das doenças e a necessidade de políticas públicas integradas e intersetoriais, sob a participação da comunidade.

Os sujeitos da pesquisa quando questionados sobre o entendimento de ambos os termos, bem como da sua prática de trabalho nesse âmbito, apontaram as seguintes proposições:

O sujeito E destaca:

> *"ninguém faz nada sozinho, penso que através da ESF podemos articular melhor a rede de proteção social. Os profissionais devem atuar juntamente com as várias políticas setoriais, buscando uma ação integrada junto às áreas de saneamento, educação, meio ambiente, etc. Assim, é necessário a interligação com as demais políticas sociais. [...] o atendimento na ESF deve sempre ser realizado por uma equipe multiprofissional ou interdisciplinar né. Este novo enfoque propõe a articulação de saberes e práticas de diferentes profissionais para que possam garantir uma assistência mais integral. Acredito que tem uma nova divisão e organização do trabalho com valorização do trabalho em equipe, sabe. [...] os saberes interagem numa dimensão de complementariedade, sem separar a ação preventiva da curativa, além de contemplar as múltiplas determinações sociais que afetam os grupos populacionais" (SUJEITO E).*

Complementando seu entendimento reitera:

> *"a superação do modelo de saúde individual que estudamos, o medicalizante e hospitalocêntrico exige a articulação de todos os profissionais a executarem suas práticas específicas tanto no sentido das formas de promoção a saúde como da causalidade das formas de adoecer intervindo em todos os níveis de atuação" (SUJEITO E).*

Os demais profissionais pesquisados retratam suas opiniões a seguir:

> *"todos os profissionais que fazem parte da equipe têm e devem ter o mesmo objetivo que é resolver da melhor maneira possível o problema do paciente visando a melhora do mesmo como pessoa e cidadão. Todos os profissionais... veja, assistentes sociais,*

médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, equipe de odontologia, agentes comunitários... todos devemos trabalhar unidos pelo mesmo objetivo que é o bem estar do indivíduo e da comunidade, e buscar com outros setores e profissionais, complementos para solucionar os casos que 'fogem' do alcance da nossa equipe" (SUJEITO B).

"a equipe interdisciplinar deve desenvolver ações que totalizem e complementem a saúde da população a ser atendida; já a intersetorialidade é uma ação conjunta dos setores" (SUJEITO D).

Quanto à intersetorialidade destaca-se:

"o SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com 'direitos e deveres' - e não só como recebedor. Existem vários setores envolvidos, a 3ª Regional de Saúde, o Pronto Socorro, o Centro Municipal da Mulher, Centro Municipal de Especialidades, Centro de Consultas, Ouvidoria, etc.." (SUJEITO A).

"ela se efetiva quando desenvolvemos projetos especiais como a Semana da Saúde, o Dia do Idoso, Dia da Alimentação [...] sempre interagimos com as Forças Vivas da comunidade seja com o setor público ou privado para uma abrangência maior e satisfatória das ações a serem desenvolvidas" (SUJEITO D).

"buscamos soluções viáveis para seus problemas, buscamos todos os meios que conhecemos e que possam vir a somar na colaboração de resultados positivos. Muitas vezes temos que solicitar, apelar, convencer, justificar, mostrar e, principalmente, solucionar, buscando para isso outros segmentos de setores

para desenvolver um bom trabalho" (SUJEITO B).

"eu penso que a intersetorialidade faz parte do cotidiano, porque faz parte da dinâmica social, como as coisas acontecem. Pode até não ter assistente social e outros profissionais na equipe como fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, mais os serviços precisam acontecer. O que não é resolvido na Unidade vai para outro setor público, ou não, muitas vezes o encaminhamento do médico para especialistas, exames e cirurgias nem saem do papel. Na falta de assistente social na Unidade, os encaminhamentos são feitos da mesma forma, mas por agentes comunitários de saúde ou por algum auxiliar administrativo como por exemplo: acionar o conselho tutelar ou encaminhar para uma determinada entidade de assistência social. O que faz a diferença com o assistente social é a articulação com os serviços, é a informação para a população, onde muitas vezes não acessam seus direitos por falta de conhecimento, de informação e no conhecer a comunidade a assistente social tem o vínculo com esta comunidade o que proporciona maior diálogo com a população. […] esse profissional que precisa estar sempre informado(a) e conhecer os recursos" (SUJEITO E).

"penso que o trabalho do Assistente Social *visa a intersetorialidade entre sujeitos de setores sociais diversos, para enfrentar problemas complexos e possibilita a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população", seja através da interação com os Conselhos de Saúde, a Promotoria Pública, Assistência Social, Conselho Tutelar, Conselho do Idoso, Programas DST/AIDS, com a comunidade" (SUJEITO F).*

"é a ação conjunta de setores diferentes do

município-sociedade no enfrentamento de situações e alcance de objetivos" (SUJEITO C).

Outro fator que merece destaque na fala do sujeito E é quanto a sua interação com a comunidade que se dá através do estabelecimento do vínculo destes com os profissionais. Assim como o vínculo, existem outros conceitos, tais como acolhimento, responsabilização do setor público e qualidade da atenção que articulados postulam uma ação com vistas à integralidade. Ao longo do capítulo 2 esses temas foram debatidos, baseado em Mascarenhas e Silva Júnior. De maneira geral, eles postulam uma ação diferenciada, baseada num atendimento humanizado de escuta e conversa sobre os problemas da população, de acolhimento, são posturas que geram relações democráticas, estimulando a participação, a autonomia e decisão coletiva, que possibilita a produção de sujeitos com novas práticas sanitárias.

Dentre as ações de intersetorialidade desenvolvidas pelos entrevistados, algumas merecem ênfase, como: a limpeza de arroio com vistas à diminuição de diarréias e verminoses, atividades com grupos de adolescentes sobre o tema da sexualidade, da identidade, do gênero, da prevenção das DSTs e também da gravidez na adolescência. Diversas atividades que envolvem a família, dentre elas palestras educativas sobre o planejamento familiar, os métodos contraceptivos, a saúde bucal, os programas desenvolvidos, entre eles Bolsa Família, Diabetes, Hipertensão, Hanseníase, Tuberculose, entre outros, etc. Todos eles desenvolvidos com a parceria de diversos setores, como Secretarias de Obras, do Meio Ambiente, de Serviço Social, de Saúde, de Educação, da Agricultura, assim como do envolvimento de departamentos da Universidade, farmácias, supermercados, ONGs, da polícia militar, do banco de sangue, da guarda municipal e da própria comunidade. Estes acontecimentos com intuito de promoção e prevenção da saúde podem ser percebidos na fala dos sujeitos:

"na prática profissional foram realizados trabalhos em conjunto com outros setores como trabalhos de limpeza de arroio de uma área de risco, quando foram mobilizados Secretaria de Obras, de Meio Ambiente, Secretaria de Ação Social, Serviço de Coleta de Lixo, da UEPG (Departamento de Biologia, Farmácia). Esse trabalho teve como objetivo diminuir o índice de diarréias e verminoses em

um dia de atividades que mobilizou os moradores da área também. Houve trabalhos também em conjunto com a Secretaria de Educação e Ação Social em atividades de grupos com adolescentes e crianças, tratando da sexualidade, saúde bucal, parasitoses, onde foram também envolvidos os pais e professores. Atividades de grupos com famílias que recebiam cestas básicas do Serviço de Obras Sociais, além dessa entidade foi também envolvida à Secretaria de Agricultura com programa da Torta Caseira" (SUJEITO C).

"... desenvolvemos um trabalho em parceira com a Universidade Estadual de Ponta Grossa e o CESCAGE e, com a escola técnica de enfermagem recebendo estagiários, tanto de enfermagem quanto de nutrição. Eles desenvolvem atividades de promoção e prevenção da saúde desde a sala de espera até a participação nos projetos desenvolvidos nas escolas com adolescentes trazendo o debate em torno da sexualidade, da identidade, de gênero, prevenção de DSTs e gravidez na adolescência. Estes projetos são responsabilidade do Serviço Social e da Enfermagem, com apoio de outros membros da equipe. Fazemos também acompanhamento do programa do leite, pesagem mensal e bolsa-família, pesagem semestral, com orientações sobre eles e, também controle de peso através da ficha cadastral" (SUJEITO G).

"sim, existem atividades intersetoriais, como as ações de promoção e prevenção (dos Dia da Tuberculose, da Hanseníase, de Saúde Mental, de Controle de Diabetes e outros) e dependendo da ação sempre vai envolver outros setores" (SUJEITO E).

"sim, através de eventos do Dia Mundial de Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Esportes e Recreação, UEPG através de estagiários de Educação Física, Supermercados Condor... são feitos caminhadas, aferição de pressão,

palestras educativas, preventivo do Câncer, parcerias também com a Polícia Militar, Banco de Sangue, Guarda Municipal...” (SUJEITO A).

“No momento, existem atividades educativas por parte da equipe de saúde bucal, em conjunto com a ONG local e a escola”. (SUJEITO C).

“sim, são desenvolvidas ações pela equipe de saúde em parceria com setores públicos e privados e visam o bem estar da comunidade” (SUJEITO D).

“trabalho com a comunidade, farmácias e a Universidade” (SUJEITO F).

3.2.4 As ações profissionais realizadas na estratégia Saúde da Família

As ações profissionais destacadas pelas entrevistadas seguem abaixo:

“eu trabalho com planejamento familiar, fazendo palestras, entregando os métodos, mas não só eu, a enfermeira também faz isso. Quando tem casais interessados em métodos definitivos como laqueadura e vasectomia, a entrevista e todo o processo de triagem, entrevista, encaminhamento, parecer tem que ser feito direto pelo assistente social. As outras ações como trabalhar com os grupos, palestras, oficinas, visitas domiciliares os outros profissionais também realizam. No PSF somos reivindicados para buscar recursos para as ações de Promoção da saúde que realizamos para o planejamento das ações e nos encaminhamentos diversos, [...] porque na equipe é o assistente social que conhece todos os recursos da comunidade em geral. E o olhar do assistente social é outro, de visão do todo

mesmo, a gente percebe isso nas visitas domiciliares onde os outros profissionais tem uma visão muito 'focada' (SUJEITO E)".

"puericultura, planejamento familiar, clube de mães (que trabalha junto com as mães, gestantes, com orientações, divulgações, feiras de clube de mães), eventos na área de saúde, entre outros" (SUJEITO A).

"elaboração de projetos; programas de planejamento familiar (distribuição de métodos contraceptivos, preenchimento de fichas de cirurgia tubária e vasectomia, orientações, etc); programa de pesagem do leite; visitas domiciliares; palestras; estudo de casos, atendimento individual e coletivo; encaminhamentos diversos (Serviço de Obras Sociais, Fundação do Idoso, Instituto Nacional de Seguro Social, Conselho Tutelar, abrigos, etc...) atendimento diversos, orientações, reuniões, etc..." (SUJEITO B).

Já quanto às ações profissionais realizadas em equipe, o sujeito B pontua:

"quando trabalhamos em equipe quase todas as ações são desenvolvidas, elaboradas e executadas por todos os membros da equipe. Fazemos elaboração de projetos; formação de grupos (diabéticos, hipertensos, grupo de gestantes); apoio aos programas desenvolvidos na comunidade (escolas, creches, casa da acolhida, casa de apoio à menina – Marilac); palestras na Unidade de Saúde (Hanseníase, Tuberculose, Herpes, Planejamento Familiar, encaminhamentos para fora de domicílio); bazares com o intuito de arrecadação para ser empregada em prol das pessoas necessitadas (vale-transporte para realização de exames, compras de materiais de higiene e limpeza, etc...); Dia de ação em bairro específico (vacinação, teatro com o objetivo de levar

educação continuada, etc.); campanhas diversas; visitas domiciliares; mutirões; acompanhamentos de Bolsa Família, Grupo de Gestante que envolve todos os membros da equipe com palestra e educação continuada, trabalhos manuais, distribuição de lanches, preenchimento de fichas de acompanhantes, chamada, busca de materiais, cursos fora da Unidade Básica de Saúde para trazer conhecimentos para o grupo, e outros" (SUJEITO B).

"eu trabalho com Grupos de Idosos, participo de ações da Pastoral da Criança, Grupo de Gestantes, presto orientações individuais, realizo visitas domiciliares que, muitas vezes, são realizadas em conjunto com aqueles profissionais que irão contribuir e explicar sobre aquela ação proposta" (SUJEITO D).

"realizo encaminhamentos, laudos, relatórios sociais, visitas, diagnósticos sociais junto a Programas como Hiperdia, Planejamento Familiar, visitas" (SUJEITO F).

"realizo ações específicas de cunho privativo do Serviço Social, mas na equipe a maioria das ações são de cunho coletivo, ou então não poderíamos falar em integralidade pois, esta se constrói em vários momentos. Só para dar um exemplo, quando os profissionais não sabem como resolver determinada situação, quase sempre as que demandam conhecimento na defesa e garantia de direitos, eles sempre recorrem ao SS por mais simples que seja a situação" (SUJEITO G).

No entanto, percebe-se ao longo das falas que a busca pela integralidade das ações realmente é desafiador, apesar da compreensão ampliada dos pesquisados sobre o tema, ainda tem-se grande dificuldade para a sua efetivação. Isso deriva, sobretudo, do fato que para se garantir um atendimento integral são necessários a junção de esforços dos governantes, dos profissionais e da população em torno de um objetivo comum – a satisfação das necessidades sociais da população. Contudo,

existe uma série de variantes que dificultam esse atendimento. Entre eles, destacam-se a divergência entre o desenvolvimento econômico e social nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. A desigualdade social é histórica e reverter esse quadro é um grande desafio.

Uma das questões apresentadas na Declaração de Santa Fé do Bogotá, em 1993, em Trinidad y Tobago sobre promoção da saúde na América Latina, consiste no desafio de transformar as relações existentes entre o desenvolvimento e a saúde, conciliando interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos.

De acordo com o relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 2003, "para se efetivar o direito à saúde é necessário romper a espiral que caracteriza os processos de exclusão, engajando-se no projeto de gerar condições e oportunidades de desenvolvimento social, compreendido como a apropriação mais equânime das riquezas geradas pela sociedade". E complementa, "este quadro exige um esforço ampliado de todos os setores da sociedade em busca de uma atenção à saúde, além de oferecer uma maior cobertura, um dos reconhecidos avanços do SUS, assegure um tratamento com qualidade, humanizado, integral e contínuo" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.23).

3.2.5 A ação profissional do assistente social com vistas ao Controle Social

Quando questionados sobre a importância do Controle Social e sua relação com a construção da integralidade tivemos as seguintes pontuações dos entrevistados:

> *"eu acho que é o compromisso de toda a sociedade, sociedade civil organizada, dos gestores, usuários e trabalhadores da área da saúde de lutar, buscar, participar dos conselhos de saúde que se efetiva a integralidade de fato. Sabemos que o controle social do sistema de saúde é um princípio e uma garantia constitucional regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde.*
> *O PSF tem uma profunda identificação de*

propósitos com a defesa da participação das ações de saúde às necessidades da população. Entendo que os profissionais de saúde devem facilitar e estimular a população a exercer o seu direito de participar da definição das políticas públicas do setor. Eu participei como titular e como suplente também, nos Conselhos de Saúde e de Assistência Social representando o NUCRESS (Núcleo de Assistentes Sociais) vinculado ao CRESS. No Conselho de Saúde há uma diferenciação que é por segmento (gestor – prestador de Serviços – usuários e trabalhadores da área). No meu caso eu representava os trabalhadores da área e foi uma experiência muito rica, sobretudo no Conselho de Saúde, onde percebemos a grandeza do controle social. Hoje estou no Conselho do Comad (Conselho Municipal Anti-drogas), onde também tem uma proposta inovadora e os conselheiros participam efetivamente das comissões. Estou na comissão de estudos e projetos, até no ano passado fizemos oficinas com os adolescentes do CEMSE, que são infratores e estão internos. E esse ano, infelizmente, não pudemos fazer. Percebo que a participação da comunidade ainda é pequena, a participação efetiva, porque no meu entender participar não é 'derrubar o barraco' porque não tem médico no posto de saúde. Hoje as comunidades estão se organizando em torno dos Conselhos Locais de Saúde, porque tem alguém do conselho de saúde fomentando essa discussão. Mas, se tivesse assistentes sociais em todas as unidades de Saúde da Família as ações neste sentido seriam bem mais fortalecidas – esses Conselhos Locais de Saúde seriam mais fortalecidos. […] quando a comunidade entende que os profissionais de saúde estão a favor dela e não contra ela, as coisas acontecem" (SUJEITO E).

"a participação da comunidade é mínima. Há um Conselho Local em fase de reestruturação. As alternativas de enfrentamento ainda são as

convencionais. A comunidade recorre às farmácias, Centro de Atenção à Saúde, ou Ministério Público para aquisição de medicamentos ou outros suprimentos de que carecem no tratamento das doenças. [...] Já participei de reuniões de Conselho Local de Saúde, mas deixei de participar quando houve mudança de gestão" (SUJEITO C).

"na Comunidade foi tentado manter o Conselho Local da Saúde , mas não houve interesse. Hoje, eles (a comunidade) procuram a Ouvidoria Municipal. Tenho participado de Conferências Municipais da Criança e do Adolescente, Conferência Estadual de Saúde, Conselho da Mulher, Conselho da Criança e do Adolescente" (SUJEITO F).

"a participação da comunidade se, dá nos momentos mais críticos, quando convocada de forma organizada e com objetivos claros. Mas, no dia- a -dia ela ainda é frágil , não há uma participação constante - o controle social ainda precisa ser construído para que a integralidade se efetive. No momento não estou em nenhum conselho, mas já atuei por duas gestões, tanto no Conselho Municipal da Saúde como no Conselho Estadual da Saúde. Fiz parte como membro integrante do Cress e por uma gestão também fiz parte do Conselho Municipal da Assistência Social. Em ambos os casos representava nosso conselho, o CRESS" (SUJEITO G).

"em 2004 existia o Conselho Local de Saúde na comunidade que atendo, eram sempre feitas reuniões mensais, mas com o passar do tempo ele foi extinguido – os representantes da comunidade até participavam dos assuntos referentes a saúde, mas sempre havia interesse do usuário, por exemplo: Eventos de Diabéticos e Hipertensos - quando eles têm a doença eles 'até participam', participam também quando sabem que vai haver entrega de lanches" (SUJEITO A).

> *"participo de reuniões mensais promovidas pela Secretaria de Assistência Social em específico no Departamento do Idoso. Participo também de reuniões no centro Municipal da Mulher, reuniões com a diretoria da Associação dos Moradores" (SUJEITO D).*

O entrevistado G ao refletir sobre o Controle Social destaca uma ação pontual de mobilização, mas importante em que a participação comunitária se fez presente, atingindo os seus objetivos afirmando:

> *"quanto ao processo de mobilização, nesse caso específico da unidade, foi uma questão pontual, onde em um governo democrático, através da organização da comunidade e atuação no orçamento participativo, por três anos consecutivos se pautou na construção de uma unidade de saúde como a principal necessidade da comunidade naquele momento. Então a conquista garantiu a construção do prédio, que só ficou pronto dois meses após a mudança de governo. O novo governo tem uma visão empresarial e hospitalocêntrica da saúde e tentou então redirecionar a obra para abrigar um CAPS, sem ouvir a opinião da comunidade local. Nem sequer uma informação prévia e sem argumento que a justificasse. Então na época eu fazia parte do Conselho Municipal de Saúde e fui informada por outra colega, que era presidente do conselho e Assitente Social por sinal, que tal atitude seria tomada no dia seguinte por parte da gestão, no exato momento nós do conselho local estávamos reunidos, então quando dei a notícia eles decidiram imediatamente que não aceitariam a decisão do gestor e portanto a única maneira de evitar era chamando a comunidade para frente do prédio, bem como pessoas aliadas, religiosas e padres que haviam incentivado a participação deles antes e que prestam serviços na comunidade, todos foram chamados. Se organizaram dividindo*

tarefas e indo as ruas avisar todo mundo. Como a notícia só chegou para nós 24hs antes, houve sugestão de que chamássemos um carro de som para poder avisar a comunidade toda, além de um grupo de agente comunitários de saúde que também foram às ruas e assim aconteceu, que o Secretário de Saúde mudou de ideia em menos de 24 horas e ainda negou para a imprensa que havia ordenado ao CAPS de se instalar nas dependências da nossa Unidade de Saúde, porque na frente da unidade juntamos aproximadamente 300 pessoas para aguardar esclarecimento do gestor e impedir a entrada de outro serviço que o qual tinham demandado. Foi uma experiência interessante, quanto a participação da equipe todos se envolveram, mas claro que nós buscamos fazer tarefas mais ocultas, a minha participação foi como a de todo mundo, talvez com dupla responsabilidade porque naquele momento eu atuei de forma profissional, mas principalmente de forma cidadã. A linha de frente quem assumiu foi o Conselho Local e eu fazia parte deste bem como alguns agentes comunitários de saúde, somado as Associações de Moradores. Desde então houve várias iniciativas no sentido formal burocrático de solicitação de melhorias, aumento do número de funcionários, melhora nas ruas, mas quase sempre os resultados ou não vem ou demoram muito... [...] nessa época do governo anterior nós contávamos com uma coordenadoria dos Conselhos Locais, ou seja, havia uma pessoa liberada para articular os conselhos nas comunidades e contava ainda com duas estagiárias de Serviço Social o que facilitava o trabalho de organização. Nada disso existe mais uma vez que a atenção básica não é prioridade dessa gestão. Hoje a situação da estratégia Saúde da Família no município, eu diria que é "caótica", nada animadora. É uma questão de visão de mundo e opção política neste momento desfavorável tanto aos trabalhadores quanto aos que fazem uso dos

serviços" (SUJEITO G).

Apesar das colocações apresentadas pelos sujeitos da pesquisa e da importância dada ao tema do Controle Social, percebe-se um descompasso na prática cotidiana, pois a participação popular na definição e na luta por seus direitos ainda é pequena. O trabalho de mobilização realizado pelo assistente social e/ou pela equipe de saúde é quase inexistente. Na fala dos entrevistados constata-se o descomprometimento, sobretudo, da gestão atual com as ações que visam o controle social, a mobilização e a participação popular. Contrariamente essas práticas estão voltadas para a inserção dos usuários e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social, seja através dos conselhos, das conferências e dos fóruns de saúde.

Nas palavras de Bravo e Souza (2009) se desconhece o conteúdo ídeo-político de suas intervenções nesses espaços. Modelo disso destaca-se as temáticas mais discutidas nas reuniões dos Conselhos que são: as denúncias, as reivindicações e a temática das conferências. Percebe-se assim que esses espaços são poucos propositivos, em que a política e o plano municipal de saúde caracterizam-se como temáticas menos discutidas.

Entende-se aí que necessidade do assistente social está diariamente ligada com a população, sejam através das visitas domiciliares, reuniões e palestras com intuito de incentivar a população a buscar formas de enfrentamento para suas necessidades de saúde, necessidades sociais, através dos serviços oferecidos pelo Estado e/ou dos recursos da própria comunidade. Além disso, os espaços dos Conselhos, enquanto controle social tem possibilitado ao assistente social o desenvolvimento de ações nos níveis de planejamento, assessoria, investigação, gestão, auditoria e avaliação dos serviços a fim de melhorar a qualidade dos serviços e buscando superar os impasses vividos na política de saúde. Caracterizam-se assim, como ações capazes de reverter sua atuação de executor terminal de políticas sociais.

Desde a Conferência de Alma Ata vem-se discutindo a importância não somente de políticas públicas saudáveis, mas também o fortalecimento dos serviços comunitários e o favorecimento da participação popular. A Carta de Otawa já destacava que a promoção da saúde começa justamente na participação efetiva e concreta da comunidade, em que se elegem as prioridades na tomada de decisões, * na elaboração e desenvolvimento de estratégias para alcançar melhores níveis ou condições de saúde.

3.2.6 A importância do conhecimento para o exercício profissional

Diante das questões apresentadas destacamos aquela referente à importância do conhecimento para o exercício profissional de qualidade, em que:

> *"só podemos considerar que o exercício é profissional quando ele se baseia no conhecimento, onde a reflexão possibilita articular e qualificar a prática que por vezes te desafia a buscar mais conhecimentos, a construir e elaborar novas proposições desconstruindo e reconstruindo conceitos. O projeto ético-político-profissional define minha prática, mais do que influenciar é a base que dá sustentação ao fazer e fazer-se da profissão. E se faz presente na minha postura, como me comporto com respeito a mim mesma e à equipe, meus colegas de trabalho, a gestão seja ela participativa ou desfavorável a participação. Mas ela especialmente se manifesta no meu relacionamento com a população, na maneira como me posiciono no mundo através das situações que enfrento no dia a dia. Se você me permite vou falar uma citação que gosto muito de Menestrel, [...] não importa quão boa ou ruim seja uma situação, ela sempre tem dois 'lados'. E o projeto ético-político-profissional define de que lado estou e a que princípios defendo" (SUJEITO G).*

> *"o profissional deve ter em mente a necessidade do conhecimento para melhor desenvolver suas ações, sempre visando o bem estar da comunidade. Percebo que as diretrizes que norteiam o projeto da ética profissional ajudam muito a prática e reconheço a necessidade do engajamento profissional junto à equipe interdisciplinar" (SUJEITO D).*

> *"sabemos que não existe teoria sem prática.*

Quando ainda somos estudantes temos uma visão bem cômoda de um profissional, mas no momento de atuação nos deparamos com situações de conflito entre teoria e prática... é quando vamos enfrentar algum problema para ser resolvido imediatamente, […] não temos uma fórmula matemática para resolver, mas temos algo que estudamos, discutimos, pesquisamos lá atrás quando ainda éramos estudante e que vai dar base, apoio e, principalmente, conhecimento teórico de como solucionar os problemas que surgem no nosso dia a dia como profissional. Somos profissionais como um vasto conhecimento teórico-metodológico... visamos conhecer a totalização o indivíduo, tendo uma visão holística do mesmo, percebendo, verificando a verdade dos fatos, para depois julgar... para dar resolutividade àquelas demandas, não esquecendo os valores éticos da profissão" (SUJEITO B).

"a gente, tendo o conhecimento, está preparado para exercer a profissão, buscando o interesse da população, avançar na compreensão da realidade, procurando suas contradições para a construção de um novo real possível" (SUJEITO F).

"eu acho que o Assistente Social é o profissional que, por natureza, tem mais visão crítica. No seu trabalho cotidiano contribui para o atendimento das demandas imediatas da população além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida, da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país. Além do que o Assistente Social apresenta condições teórico-metodológicas e éticas políticas, que o permite fortalecer os Conselhos de Saúde, apoiar e fomentar a implantação de Conselhos Locais de Saúde e a luta pela garantia e ampliação dos direitos sociais" (SUJEITO E).

Quando questionadas sobre a realização de cursos durante a prática profissional, têm-se as seguintes pontuações:

> *"a articulação entre o conhecimento e o exercício profissional é a base, o 'alicerce' para a execução da tarefa do Assistente Social, sem a teoria não há base para o conhecimento do exercício profissional, para fortalecer as redes sociais.*
> *Fiz cursos de reciclagem, Educação Permanente, Curso de Especialização de Serviço Social nas Políticas Sociais e Organizações Sociais. Pretendo fazer mais cursos de Especializações na área de Saúde" (SUJEITO A).*
>
> *"tenho curso de Especialização em Gerontologia" (SUJEITO D).*
>
> *"tenho curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva" (SUJEITO F).*
>
> *"possuo Especialização na área de Serviço Social e Políticas Sociais" (SUJEITO C).*
>
> *"já fiz parte do Cress, aqui na nossa Regional de Saúde no Pólo de Educação Permanente em saúde), onde fiz o curso de Educação Permanente, já tenho duas especializações, curso Técnico em Prevenção de Dependência Química e no momento faço mestrado em Ciências Sociais Aplicadas pela UEPG" (SUJEITO G).*
>
> *"eu já participei de grupos de Educação Continuada e de Pólo de Capacitações, hoje não participo mais. Eu ainda gostaria de fazer um curso de Especialização em Saúde da Família, pois o Mestrado em Ciências Sociais é mais abrangente e eu sinto falta de uma especialização mesmo" (SUJEITO E).*
>
> *"fiz muitos cursos na área de saúde, educação e outros, mas por opção própria não quis fazer*

> *pós-graduação, mas acho que os profissionais que fazem essa opção estão sendo corajosos para enfrentarem muitos dias e noites de sono, viagem, família...” (SUJEITO B).*

Outro aspecto em destaque na fala dos entrevistados é o dissenso historicamente permeado na categoria entre a teoria e a prática, ou seja, entre o saber e o fazer. Contrariamente à perspectiva modernizadora o Serviço Social na contemporaneidade não se destaca somente pelos seus instrumentos e técnicas de intervenção. Desde o Movimento de Reconceituação tem-se apresentando uma postura crítica associada ao processo de trabalho baseado* nos pressupostos marxistas, os quais não podem ser reduzidos às formas de intervenção profissional. Dessa forma, “o saber transmitido na formação profissional integra um conjunto de conhecimentos, valores, modelos e símbolos que se acumulam no próprio fazer e que se traduzem naquilo que se conhece como prática” (SILVA et al., 2010).

O mundo vem sofrendo transformações na esfera econômica, política e social caracterizando uma transição no modo de produção – a acumulação flexível. Esse fato está redefinindo, através da globalização, padrões culturais, relações sociais e o processo de trabalho. Essas mudanças influenciam diretamente a organização da produção repercutindo no processo de trabalho do Assistente Social. Tem-se uma série de agravantes que se traduzem nos processos de precariedade do trabalho, desemprego estrutural, na crise dos sistemas de proteção social, dentre tantos outros (SILVA et al., 2010).

Partindo dessa análise o assistente social é o profissional que vem articulando o exercício do Serviço Social e o contexto social, econômico e político do país. Iamamoto (2006) tem destacado que o Serviço Social brasileiro está redimensionando e renovando sua interpretação no âmbito teórico-metodológico nos campos dos valores, da ética e da política. Sob o embate ao Serviço Social Tradicional e conservador buscou-se adequar criticamente a profissão às exigências atuais.

Assim, construiu-se democraticamente a base normativa da profissão, por meio da Lei de Regulamentação da Profissão, através do estabelecimento de competências e atribuições profissionais, o Código de Ética do Assistente Social, de 1993, qual prescreve uma série de direitos e deveres, princípios e valores humanistas que devem guiar o exercício cotidiano e a renovação das Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional.

As novas demandas postas ao Serviço Social exigem um perfil profissional crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. “Exige, para tanto, compromisso ético-político com valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica da explicação da vida social”. Esses elementos, unidos à pesquisa da realidade, possibilitam enfrentar situações particulares do seu trabalho cotidiano conectando-os aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam.

“Mas requisita, também, um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los” (IAMAMOTO, 2006, p. 193).

A efetivação dos princípios da profissão remete a luta pela construção de uma nova ordem societária e indicam, no exercício cotidiano, um novo modo de operar o exercício profissional. Assim, tem-se o desafio de torná-lo um guia prático para o exercício profissional que exige um radical esforço de integrar o dever ser com sua implementação prática (IAMAMOTO, 2006).

Pode-se considerar que a realização de cursos de graduação, de pós-graduação e/ou de capacitação profissional é de extrema importância para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade, no entanto, a busca pelo conhecimento deve, sobretudo, objetivar a proposição e efetivação de novas práticas e ações profissionais.

De maneira geral, conclui-se que a adoção da integralidade nas ações pressupõe a compreensão do novo paradigma da saúde, o da produção social. Nesse contexto, de acordo com Laurell (1983), o processo saúde-doença caracteriza-se como um processo social constituindo relações dos homens com a natureza, através do meio ambiente, do território, bem como da relação com os outros, mediante o trabalho, as relações sociais, culturais e políticas num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico.

Deste modo, a definição de saúde proposta pelo SUS traz implícita essa compreensão e demonstra a necessidade de novos conhecimentos e novas práticas sociais e sanitárias buscando superação das práticas até então constituídas nos serviços. Decorre daí a importância do aprimoramento intelectual e de novos conhecimentos que geram novas práticas.

3.2.7 Dificuldades e facilidades no processo de trabalho do assistente social

Por fim as entrevistadas foram questionadas quanto às facilidades e dificuldades do seu trabalho na estratégia Saúde da Família. Em meio às dificuldades destacam-se a demanda excessiva por consultas, médicos especialistas e exames. Tem-se ainda um espaço físico limitado, como também recursos físicos como telefone e carro insuficientes. As dificuldades encontradas são resumidas pelos profissionais entrevistados pela falta de comprometimento político, permanecendo uma distância entre o discurso e a prática nas gestões. Dentre as facilidades está o entrosamento da equipe e as parcerias com a comunidade e outros serviços. Essas dificuldades e facilidades podem ser percebidas na fala dos sujeitos abaixo:

> *"vejo como uma facilidade a Unidade de Saúde ser próximo da Prefeitura e do centro da cidade, porque muitas vezes vou resolver o problema 'pessoalmente'. A equipe de funcionários é completa, apesar de faltar um agente administrativo no balcão; ela é coesa; existe Integração com os recursos da comunidade, por exemplo com as escolas, os Centros Municipais de Educação Infantil, Pastorais, Clube de Mães, SOS, Grupo de Idosos, e outros.*
> *Mas ainda existem dificuldades, onde a demanda é muito grande para as consultas, especialidades e exames. Temos ainda muitas outras dificuldades: falta de espaço físico, porque são duas equipes da ESF; a sala do Assistente Social, é também sala de preventivo, sempre tenho que sair da sala, pelo menos duas vezes na semana para os enfermeiros fazerem os preventivos; falta de um local para onze agentes comunitários de saúde ficarem na Unidade de Saúde, muitas vezes, eles ficam nossa sala, também por falta de espaço; falta telefone (mais um, devidos as emergências dos fatos); falta de carro para fazer visitas; falta de médicos especialistas, uma vez que a demanda é muito grande para poder marcar as consultas de emergências" (SUJEITO A).*

“dificuldades no emprego público sempre existiu mas depende muito dos profissionais em saber contorná-las e ir em busca da solução. Facilidade é que na equipe interdisciplinar na qual faço parte, existe uma coesão entre os membros querendo um colaborador com o outro, isto é, quando solicitado para a solução do caso em evidência” (SUJEITO D).

“dificuldade para mim é não poder ficar apenas na ESF. Vejo como facilidade o entrosamento com a equipe” (SUJEITO F).

“como todo trabalho individual e em equipe existem dificuldades e facilidades, podendo dizer que as dificuldades, às vezes, vem para nos ajudar nas grandes resoluções, mas as mesmas, muitas vezes, vem da esfera maior do poder público, de setores onde somos subordinados... existe falta de materiais para execução do trabalho no dia a dia, condução para o transporte de emergência, para visita domiciliar de emergência, por exemplo, recursos humanos, e outros.... As facilidades são tantas que acabam suprindo as dificuldades... posso dizer que a maior facilidade que eu encontro é a integração da equipe de trabalho, pois temos os mesmos objetivos em prol das pessoas que nos procuram, onde procuramos trabalhar vendo o paciente como um 'todo' e não somente o que ele traz no momento até a Unidade Básica de Saúde” (SUJEITO B).

“a disponibilidade dos profissionais de todos os setores envolvidos é uma facilidade e as dificuldades estão relacionadas à alta demanda dos serviços internos da Unidade de Saúde. As ações mais marcantes, com boa repercussão não tiveram continuidade por questões conjunturais, de alta demanda, de mudanças na equipe e de gestão)” (SUJEITO C).

“eu acho que as facilidades é quando possuímos recursos e quando envolve outros setores que são dentro do governo municipal,

pois conhecemos as pessoas e esse relacionamento é muito importante. E o difícil é quando cada um quer ir pra um lado, quando um setor quer aparecer mais que o outro e não se pensa no bem comum. Por exemplo, às vezes encontro algumas colegas Assistentes Sociais da Secretaria de Assistência Social que sempre questionam que a saúde vai mal, e que as coisas não dão certo porque há essa concepção de que SUS não funciona. Acho que a gente não pode por a culpa no SUS e sim na estrutura social" (SUJEITO E).

"acredito que a maior facilidade existente é... [...] penso que a experiência de treze anos atuando na área de saúde me possibilita uma certa autonomia para me impor enquanto profissional, onde o projeto ético-político-profissional, como já disse, é fundamental para que isto ocorra. Além disso, também participo de outros espaços de discussão e formação, onde considero de extrema importância à educação popular, a possibilidade não só de ouvir, mas de compreender a situação da outra(o). Ler a realidade, mas senti-la e interpretá-la a partir de seus atores. Penso que as parcerias também são facilitadoras, por exemplo na nossa realidade são as escolas da região, o Núcleo Estadual de Educação, o Projeto Atitude, o CRAS, Igrejas, Associações de Moradores e a Pastoral da Criança.
Já as dificuldades existem pela carência generalizada tanto economicamente quanto pelo conhecimento mesmo pela população e, mais ainda pela ignorância, prepotência e falta de capacidade dos gestões ou mesmo, falta de vontade política, junto com uma visão distorcida da realidade, onde se vê entre o discurso e a prática das gestões quase que um abismo. Isto tudo dificulta nosso trabalho, confunde a população por se tratar de um discurso 'autorizado', que muitas vezes fala de defesa mas, trabalha negando direitos, a prática é contraditória à teoria, e estrangeira à integralidade" (SUJEITO G).

Problemas na organização dos serviços e nos processos de trabalho são comuns no domínio da saúde pública no Brasil. Empera-se aí a necessidade de políticas públicas que compreendam essa realidade e o compromisso de todos os envolvidos na sua definição, implementação e avaliação, a fim de reverter essa lógica de trabalho. Como prestar serviços de qualidade se os profissionais não estão satisfeitos e, mais além como garantir um atendimento integral se não há comprometimento dos envolvidos com a bandeira de luta pelo SUS?

Assim, a integralidade é entendida, por Mattos (2009) como uma 'bandeira de luta', uma vez que postula a defesa por certas características do sistema de saúde, de suas instituições como um conjunto de valores pelos qual vale lutar. Entende-se a integralidade como parte de uma 'imagem objetivo' tendo como propósito principal distinguir aquilo que se almeja construir, do que já existe. De maneira geral, parte de um pensamento crítico que se recusa a reduzir a realidade ao que 'existe', que se indigna com algumas de suas características e anseia superá-las.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Costa (2000) destaca que o trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam. Esse trabalho apresentou uma série de referenciais teóricos que enfatizam a inserção do Serviço Social na saúde por meio da execução de ações curativas e centradas no hospital que consolidava uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da população. Estas ações têm origem, segundo Bravo e Matos (2006) na consolidação da política nacional de saúde que naquele momento ampliava os gastos com assistência médica através da previdência social.

Diante de muitas transformações econômicas, sociais e políticas no cenário nacional e internacional, encontra-se uma série de conquistas que permitiram ao Serviço Social a construção de uma base normativa democrática como a Lei de Regulamentação da profissão, o Código de Ética e a Lei de Diretrizes Curriculares e que apontam para novas ações profissionais. Atualmente, o Serviço Social tem ampliado sua prática profissional ganhando visibilidade, sobretudo, na Atenção Básica de Saúde através, do Programa Saúde da Família e, mais tarde, da estratégia Saúde da Família.

Essa ampliação dos espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social na área de saúde dá-se pela garantia Constitucional reconhecendo a saúde e seus determinantes sociais, ou seja, compreendendo o processo saúde-doença enquanto um processo social. Essa perspectiva se sucede da luta de muitos profissionais, bem como da sociedade em geral em torno do projeto da Reforma Sanitária. Qual teve seu início na década de 70 e vem se estendendo até os dias atuais.

Surge então a perspectiva da promoção da saúde que objetiva identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença e transformá-los favoravelmente em direção da saúde. Aponta a necessidade de ultrapassagem do modelo biomédico/flexneriano presente até os dias atuais, baseado na assistência a doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado nas especialidades médicas e no hospital e na utilização intensiva da tecnologia.

Inversamente, tem-se o modelo da produção social da saúde calcado no conceito ampliado de saúde, definido e consolidado no Brasil a partir da VIII Conferência de Saúde e que estabelece a co-relação entre as condições de saúde e as condições gerais de vida da população. Estas

devem ser incluídas a partir de uma multiplicidade de determinações, expressas pelas condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma dada classe social.

Essa perspectiva requer a ação conjunta de diversos segmentos da sociedade e do poder público podendo ser traduzida pela proposição e efetivação de políticas públicas garantindo o acesso a moradia digna, alimentação adequada, serviços de saúde e educação de qualidade, trabalho, lazer, etc. Condições dignas de vida que permitam a população o exercício da sua cidadania.

A presente pesquisa gerou para o debate a realidade do processo de trabalho do assistente social no município de Ponta Grossa, no Paraná, e especificamente na estratégia Saúde da Família. A inserção destes profissionais na saúde vem ao encontro do referencial teórico baseado, sobretudo, em Bravo e Matos (2006). A pesquisa aponta que a década de 1990 destaca-se pela contratação dos assistentes sociais na atenção básica de saúde, o que mais tarde seriam realocados no PSF. Nacionalmente ocorria o debate em torno das ações na atenção primária a saúde e tendo como consequência a adoção da estratégia Saúde da Família caracterizada hoje como porta de entrada do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Durante o desenvolvimento dessa pesquisa deparou-se com algumas similaridades entre o processo de trabalho do assistente social na ESF e na saúde no contexto em geral. Entre elas destacam-se: o planejamento, o controle social, a importância do conhecimento para uma intervenção de qualidade, o dissenso entre teoria e prática na profissão e sua co-relação, o atendimento com vistas à integralidade, o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Essas são apenas algumas ações identificadas e podem ser executadas nos diferentes espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social.

Contudo, o espaço da Saúde da Família apresenta algumas características peculiares, dentre elas a importância da adstrição da clientela e a territorialização, a programação e o planejamento descentralizado, a integralidade da assistência, a abordagem multiprofissional, o estímulo à ação intersetorial, a participação e ao controle social, o trabalho de mobilização e a educação permanente dos profissionais das equipes de saúde.

Nessa perspectiva significa compreender que a proximidade com a população e seu território possibilita o estabelecimento de vínculo e responsabilidades mútuas, a importância do acolhimento, do cuidar, da continuidade do trabalho desenvolvido, do respeito à história de vida dos sujeitos. Estar próximo, estar perto, “significa” estar presente na

vida das pessoas e que traz como consequência a confiança mútua e faz a diferença no processo saúde-doença, uma vez que a população entende que os profissionais e os serviços oferecidos estão a favor dela e não o contrário.

A estratégia Saúde da Família trata ainda como seu principal alvo de atuação, a família, entendida enquanto um grupo de pessoas, com laços sanguíneos ou não, e laços afetivos, residentes no mesmo domicílio. Entretanto no decorrer da fala dos entrevistados percebeu-se a inexistência do debate sobre a família, assim não houve nenhuma referência a que tipo de família está se atendendo, a seus novos arranjos/configurações, a percepção dos diferentes profissionais quanto a essa temática, qual possivelmente apresenta diferenças na sua compreensão e que consequentemente afetam a ação a ser desenvolvida. Logo, o debate em torno do tema da família contemporânea ainda se faz necessário, principalmente nesse novo espaço sócio-ocupacional, dos demais profissionais da equipe multiprofissional e por essa categoria, os Assistentes Sociais, que a longa data detém o conhecimento a cerca da família, porém suas transformações exigem novas práticas.

Outro tema que merece destaque é a integralidade que tem sido pesquisado por diversos autores, seja na busca pela sua definição e/ou pela sua efetivação. Pode-se perceber ao longo deste trabalho que inexiste um conceito único de integralidade que tem se revelado polissêmico. Ela vem se constituindo como uma ‘imagem objetivo’ ou uma ‘bandeira de luta’, haja vista que postula a defesa por certas características do sistema de saúde, de suas instituições, assim como de suas práticas num conjunto de valores pelos quais se vale lutar (MATTOS, 2009).

Pode-se dizer ainda que a perspectiva em torno da integralidade vem alicerçada nas temáticas já discutidas anteriormente nas Conferências Internacionais sobre os Cuidados Primários de Saúde e de Promoção da Saúde contribuindo para a definição do conceito ampliado de saúde e também para a proposição do sistema de saúde reinante no Brasil, o SUS. Entre os temas destacam-se: atuação sobre os determinantes sociais da saúde, em seu domínio político e econômico, a necessidade de políticas públicas integradas e intersetoriais com participação da comunidade na definição dessas políticas. Além de seu controle, compromisso de todos os envolvidos, seja o poder público, privado e ou a sociedade em geral, mudança nos processos de trabalho e organização dos serviços com vistas para a perspectiva do acolhimento, do vínculo/responsabilização, a qualidade da atenção, a humanização dos serviços, o trabalho interdisciplinar e intersetorial.

A integralidade na saúde pressupõe ainda a vinculação ou articulação das ações na promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Entende-se que ela está embasada na concepção ampliada de saúde e tem como determinantes as condições sociais de vida e de trabalho a que as pessoas estão expostas ao longo do tempo, logo, as condições de saúde derivam de uma multiplicidade de fatores que intervém no processo saúde-doença. Assim, requerem ações nos mais variados setores e nos diferentes conhecimentos com vistas à melhoria das condições de vida, gerando saúde da população.

Com o estudo realizado percebeu-se que a temática da integralidade e a concepção ampliada de saúde estão presentes na fala dos sujeitos e no cotidiano de suas ações. Os entrevistados se demonstram atualizados frente a essa temática, uma vez que sua compreensão teórica perpassa pelos conceitos trazidos pelos autores ao longo desse trabalho. No entanto, na prática a integralidade é desafiadora exigindo uma ação de diferentes profissionais do conhecimento, assim como da interligação com os diferentes setores na busca por objetivo comum – a satisfação das necessidades sociais da população.

Porém, nesse caminho aparecem diversas variantes como a ênfase na focalização, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, avanços e retrocessos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, dentre outras, que dificultam a efetivação da integralidade. Portanto, o desafio da integralidade não depende apenas de uma profissão, mas do conjunto de profissionais, da junção de esforços dos diferentes setores: dos governantes, dos próprios profissionais e da sociedade em geral.

De acordo com Nogueira e Mioto (2009) e Assumpção (2007), a dimensão crítica da saúde, bem como do Serviço Social está ancorada com a incorporação da teoria marxiana ao pensamento sanitário brasileiro mediante a análise das condições de saúde da população, a partir dos componentes estruturais das sociedades capitalistas. Assim, essa perspectiva crítica torna-se fundamental para a discussão da integralidade em saúde, uma vez que a mesma não pode ser concebida apenas sob uma ótica e sim trabalhada em seu conjunto.

O processo saúde-doença é compreendido como um processo social constituído pelas relações dos homens com a natureza, através do meio ambiente, do território e da relação com os outros, mediante o trabalho, as relações sociais, culturais e políticas, num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico.

Nesse aspecto entende-se a importância da perspectiva crítica

para a compreensão da integralidade, sob as categorias da totalidade, da dialética, do materialismo histórico, da mediação que permitem uma visão ampliada dos problemas de saúde e da sociedade. Ao longo deste trabalho destacou-se que a década de 80 foi fundamental para o Serviço Social e o início do debate em torno da tendência atualmente hegemônica, a intenção de ruptura, sob a interlocução da vertente marxista.

No entanto, concomitante a essa tendência ainda tem-se o desenvolvimento de ações pautadas na concepção positivista, do Serviço Social Tradicional. Exemplo disso são as diferentes requisições feitas aos profissionais, mediante a defesa do projeto privatista ou do projeto da reforma sanitária.

No decorrer das falas dos entrevistados constatou-se a importância da formação voltada para a dimensão crítica da realidade sejam por meio dos cursos de graduação, ou de pós-graduação, capacitações, etc. Ressalta-se a necessidade que o conhecimento adquirido seja transformado em medidas eficazes e efetivas garantindo a população o atendimento de qualidade e o poder de exercer sua cidadania.

Baseado em Bravo (2006) o Movimento pela Reforma Sanitária e pela revisão do Serviço Social Tradicional ocorreu de forma desarticulada. Ambas lutavam por relações mais democráticas, no entanto, sob algumas particularidades. Atualmente, o debate ético-político do Serviço Social vem atrelado aos princípios defendidos pela Reforma Sanitária e dão sustentação para a prática profissional do assistente social na saúde.

De maneira geral, as ações profissionais do Assistente Social pautam-se na defesa dos direitos humanos, no reconhecimento da autonomia e emancipação dos sujeitos, no aprofundamento da democracia, no posicionamento a favor da equidade e da justiça social, no respeito à diversidade, na garantia do pluralismo, na opção pela construção de uma nova ordem societária, na articulação com outras categorias profissionais que partilhem dos princípios em comum, bem como a luta geral dos trabalhadores, no compromisso com a qualidade dos serviços prestados a população, no compromisso do aprimoramento intelectual e, finalmente, no exercício do Serviço Social sem nenhuma forma de discriminação.

Assim, a ação profissional do assistente social, ancorado nas dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativo, contribui para o debate e a prática em torno da integralidade na saúde. Lima e Mioto (2009) destacam que são as ações profissionais que põe

em movimento a defesa por determinados projetos profissionais e societários.

Isso fica visível na fala dos sujeitos da pesquisa resgatando a importância de suas ações, tais como a orientação, informação, mediação, no acesso aos serviços de saúde, nas ações de educação em saúde, no incentivo a participação popular, o acolhimento, a importância do vínculo/responsabilização, qualidade dos serviços prestados e na busca pela garantia de direitos.

Outro fator de destaque na fala dos entrevistados é quanto às ações de planejamento e controle social que vêm retomando espaço no debate e na prática profissional. É atribuída importância a essas ações que colaboram para o papel político que o assistente social pode exercer, diferente daquele profissional 'executor de políticas sociais'. No entanto, na prática o debate em torno do controle social e do seu potencial ainda deixa a desejar.

Pautado em Bravo e Souza (2009) tem-se que a maioria das ações realizadas nos Conselhos concentram-se nas denúncias e reivindicações da população, e menos nos planos e políticas municipais de saúde. Concluem que se desconhece o conteúdo ídeo-político das intervenções nesses espaços.

Como já se mencionou, aí reside à necessidade do assistente social o qual está diariamente com a população, sejam por meio das visitas domiciliares, reuniões, palestras, do processo de mobilização enfim, incentivar a população a buscar formas de enfrentamento para suas necessidades de saúde, que são também sociais, através dos serviços oferecidos pelo Estado e/ou dos recursos da própria comunidade. Além disso, os espaços dos Conselhos, enquanto controle social tem possibilitado ao assistente social o desenvolvimento de ações nos níveis de planejamento, assessoria, investigação, gestão, auditoria e avaliação dos serviços a fim de melhorar a qualidade dos serviços e buscando superar os impasses vividos na política de saúde. Caracterizam-se assim, como ações capazes de reverter sua atuação de executor terminal de políticas sociais.

Existem várias perspectivas sobre as ações profissionais que foram trazidas ao longo deste trabalho. No entanto, aquelas definidas por Lima e Mioto (2009, p. 39) merecem destaque, pois reiteram que os eixos ou processos de atuação (processos político-organizativos/ processos de planejamento e gestão e processos socioassistenciais) devem articular-se entre si, numa interlocução entre as diferentes dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operacional. "[...] é impossível conceber a ação profissional de forma isolada das

dimensões teóricas, éticas e técnicas da profissão e separadas entre si, pois uma depende da outra, numa relação dialética".

Dessa forma, pensar a integralidade no Serviço Social perpassa pela compreensão da ação profissional calcada nas dimensões mencionadas, nessa relação dialética, de movimento, de interdependência. A integralidade deve ser vista mediante a categoria da totalidade dependendo de uma série de esforços, serviços e práticas profissionais. Assim, reside a importância das perspectivas em torno da interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Logo, o assistente social sendo profissional da área da saúde, inserido numa equipe interdisciplinar, tem competência e vem contribuindo na definição, planejamento e avaliação das ações que se pautam nos princípios e diretrizes do SUS, dentre eles a integralidade. Dentre as dificuldades apontadas pelos sujeitos pesquisados encontram-se problemas relacionados à organização dos serviços, nos processos de trabalho, assim como a carência de recursos físicos e humanos.

No entanto, tal realidade não é específica da estratégia Saúde da Família, mas do setor da saúde como um todo retratado as transformações no mundo do trabalho sob uma conjuntura neoliberal. Ela tem compartilhado características de outros trabalhos do setor de serviços, tais como burocratização, a influência da divisão parcelar do trabalho através da fragmentação das tarefas, além da pouca consideração da subjetividade dos usuários e trabalhadores. Como medida de racionalização tem-se inovações tecnológico-organizacionais, a redução da força de trabalho qualificada, a redução dos salários, a precariedade das condições de trabalho, dentre outros (RIBEIRO;PIRES;BLANK, 2010).

No caso do Brasil, o setor da saúde tem vivenciado a partir da década de 90 a forte influência da perspectiva neoliberal e vem sendo afetado por uma série de ações governamentais decorrentes da política de "Reforma do Estado". De maneira geral, essa política tem apontado a questão gerencial como nó crítico do problema das fragilidades dos serviços públicos de saúde. Porém, os problemas que de fato geram a desigualdade no país permanecem como o padrão de financiamento do Estado, sua incapacidade de produzir políticas de distribuição de renda e equalização do acesso a serviços públicos essenciais (RIBEIRO;PIRES;BLANK, 2010).

Logo, cabe ressaltar que este estudo procurou contribuir para a discussão e o fortalecimento das ações profissionais dos assistentes sociais com vistas à integralidade, especificamente na estratégia Saúde da Família, seja por meio do debate teórico e/ou por meio de

sistematização e problematização das falas dos sujeitos da pesquisa. Assim, destaca-se que a temática é desafiadora, mas que intentas novas formas de estudos, debates e críticas, sob novas perspectivas, a fim de garantir uma prática sanitária que contribua para a qualidade da atenção, a humanização nos serviços e que esteja, de fato, baseado na concepção ampliada de saúde e de seus determinantes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. de. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade.** 1. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

ASSUMPÇÃO, Patrícia Freitas Schemes. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. **A integralidade em saúde e o debate do serviço social.** Florianópolis,, 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social.

BALESTRIN, M. F.; BARROS, S.A.B. **A política de saúde no município de Ponta Grossa-PR a partir da constitucionalização do SUS.** Revista emancipação: Departamento de Serviço Social, UEPG, p. 105-117, 2008.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In:* MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; *et al.*,(orgs). **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS, OMS,Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. *In:* BRAVO, M.I.S. e*t al.* **Saúde e Serviço Social.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2006a.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Textos básicos. Brasília: MS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde Ministério da Saúde**, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 jan 2009.

BRASIL. Lei Federal n. 8.080. Brasília, 1990.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 1998.

BRONZO, C.; VEIGA, L. da. **Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza:** desafios para a prática. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 92, ano XXVIII. São Paulo: Cortez, 2007, p. 5-21.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. **A saúde e seus determinantes.** Revista de Saúde Coletiva: PHYSIS, v. 17, n. 1, p. 77-93, mar. 2007.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção a Saúde. In CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. (org..) **Promoção da Saúde**: conceitos , reflexões e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2003.

CAMARGO, K. R. Jr. **Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). *Construção da integralidade:* cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2003, p. 35-44.

CARVALHO, D. M. de. Saúde e Democracia (Editorial). *In:* **Cadernos de Saúde Coletiva.** Universidade Federal do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva. Rio de 108 Janeiro, 2002.

CEBES. **Teses do CEBES: contribuição para o debate.** Disponível em: <www.**cebes**.org.br/.../**DETERMINANTES**%20**SOCIAIS**_ok.pdf>. Acesso em: 15 dez 2009.

CEBES. http://www.cebes.org.br/media/File/DETERMINANTES%20SOCIAIS3.pdf

CECILIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção à Saúde**. LAPPIS, Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde. ENSP. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <www. lappis.org.br>. Acessado em: 10 de outubro de 2009.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde (versão preliminar).** CFESS/CRESS. Brasília: 2009.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social.** Brasília: CFESS, 1993b.

CHUPEL, C.P. **Acolhimento e Serviço Social:** um estudo em hospitais estaduais da Grande Florianópolis. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA -Programa de Pós-Graduação em Serviço Social 2008. 158 f. Dissertação. (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção do assistente social.** In: Revista Serviço Social & Sociedade, número 62, ano XX. São Paulo: Cortez: 2000.

ELIAS, P. E. et al. **Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, p. 633-641, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>. Acesso em: 22 mar 2010.

FERRAZ, F. C; SEGRE, M. **O conceito de saúde**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 532-542, out. 1997.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa:** um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

HEIDMANN, T.S.I.; ALMEIDA, B.E.A.; BOEHS, E.A.; WOSNY, M. de A.; MONTICELLI, M. **Promoção à saúde:** trajetória histórica de suas concepções. Revista Texto e Contexto – Enfermagem, 2006. abr-jun. v. 15. Florianópolis. Disponível em: <www. scielo.br>. Acesso em: 24 jan 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** 17 ed. São Paulo: Cortez: CELATS, 2005.

IAMAMOTO, M. V. **Ensino e pesquisa no Serviço Social**: desafios na construção de um projeto de formação profissional. Caderno ABESS, São Paulo, n.6, Cortez, 1993.

_____. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo.** *In:* MOTA, L.A. et al., (orgs) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

JUNQUEIRA, L. A.P., INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento Social e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal.** Disponível em: <http: www.datasus.gov.br/FORTALEZA.htm> em 25 out 2007.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, E.D., org. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo, Ed. Global, 1983.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. **A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco:** sistematização de um processo investigativo. Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 8, n.1, p. 22-48, jan./jun. 2009. Disponível em: <revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/.../4126>. Acesso em: 13 nov 2009.

MATTOS, R. A. de. **Os Sentidos da Integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. Disponível em:< http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf>. Acesso em: 05 jan 2009.

MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERCADANTE, O. A. **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil.** *In:* FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/editora/media/04-CSPB00.pdf> Acesso em: 10 dez 2009.

MERHY, E.; FRANCO, T. **PSF:** contradições e novos desafios. Conferencia Nacional de Saúde On-line. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. Acesso em: 12 jan 2008.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. *In*: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1996

MIOTO, R.C.T.; NOGUEIRA, V. M. R. **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais.** *In:* MOTA, A. E; BRAVO, M.I. de S.; UCHÔA, R.; *et al.*, (orgs). **Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional.** São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, ABEPSS. Cortez, 2006a.

MIOTO, T.C.R.; NOGUEIRA, R.M.V. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde.** *In:* MOTA, L.A. et al., (orgs) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006b.

MOTTER, D. G.; ALVES, J. M. de. **Construção do princípio de integralidade:** percepções e ações desencadeadas pela equipe de saúde da família quanto às demandas sociais apresentadas no município de Londrina-PR. Serviço Social em revista, v. 8, n. 2, Londrina, jan./jun. 2006.

NETTO, J.P. **A construção do Projeto Ético-político do Serviço Social.** In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MOREIRA, L. F. S. de. **O conceito ampliado de Saúde como base para o estabelecimento de uma política intersetorial.** Jornal da Ciência, Rio de Janeiro, 14 jun 2007. Disponível em: <http://www.jornaldaciencia.org.br/Detalhe.jsp?id=47860>. Acesso em: 05/01/2010.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social** - Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 3. ed. São Paulo: Cortez, , 1996.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

OMS. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores.** Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2005.

OPAS. **Declaração de Alma Ata.** Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. URSS. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 09 jan 2009.

OPAS. **Carta de Ottawa.** Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 09 jan 2009b.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Renovação da atenção primária em Saúde nas Américas.** OPAS/OMS. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 24 jan 2009.

Ospina, S. et. al. **Aliança entre governo, mercado e sociedade civil.** Disponível em:< http://wagner.nyu.edu/leadership/reports/files/BrazilRelatorioCI04.09.pdf>. Acesso em: 28 dez 2009.

PNUD. **As Metas de Desenvolvimento do Milênio.** Disponível em: <www.pnud.org.br/hdr/hdr2003/docs/hdr2003_01.doc>. Acesso em: 04 nov. 2009.

PRADO JÚNIOR, C. **Teoria Marxista do Conhecimento e Método Dialético Materialista.** *In:* Editora Supervirtual. Disponível em: <http: www.supervirtual.com.br> em 09 ago 2007.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 2, p. 438-46, 2004. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2004000200011&script=sci_arttext >. Acesso em: 22 mar 2010.

SENADO FEDERAL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 2006.

SILVA JÚNIOR, A G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde:** o debate no campo da saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2006.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. **Modelos Assistenciais em Saúde:** desafios e perspectivas. Disponível em: <http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/m_a_s.pdf >. Acesso em: 25 nov 2009.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes; MASCARENHAS, Monica Tereza Machado. Avaliação da
Atenção Básica em Saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In:* PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org).**Cuidado**: as fronteiras da Integralidade. 3ª Ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 241-258.

SILVA, A. M. P. da. et al. **A prática profissional do Serviço Social português.** Revista Virtual Textos e Contextos, n. 6, dez. 2006. Disponível em: < http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1039/818>. Acesso em: 22 mar 2010.

TRIVIÑOS, A. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. 7 ed. São Paulo: Atlas, 1987.

UEPG. Biblioteca Central Prof. Faris Michaele. **Manual de normatização bibliográfica para trabalhos científicos.** Ponta Grossa: UEPG, 2005.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Revista Saúde Coletiva: PHISIS, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf >. Acesso em: 17 dez 2009.

VILLAR, E. **Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad em Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 3, p.7-13, dez 2007.

WESTPHAL, M. F.; SANTOS, J. L.L F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-

40141999000100007&script=sci_arttext> Acesso em: 09 nov 2009.

BRAVO, Maria Inês e SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In: Ser Social – Revista do Programa de Pós-graduação em política Social (10). Brasília: UnB, 2002.

ANEXO

ROTEIRO DE PESQUISA PARA ENTREVISTA COM ASSISTENTES SOCIAIS

Instituição de Formação e ano de conclusão _____.
Período de permanência na PSF e nº de equipes que atende _____.

1.Conte sua trajetória profissional na área de saúde e comente resumidamente a sua prática profissional nos diferentes campos de trabalho bem como o contexto em que ela se dá.
2.Como você percebe o Serviço Social no PSF? Quais contribuições o AS pode dar enquanto membro da equipe do PSF? Comente se existe diferença no atendimento nas Unidades de Saúde da Família, das Unidades de Saúde comuns, e aquelas que não possuem AS.
3.O que você entende por integralidade nas ações em saúde?
4.Você considera que suas ações, enquanto AS do PSF, visam a integralidade? Como ela se efetiva na prática cotidiana? Exemplifique.
5.Em sua opinião as ações dos demais profissionais da equipe objetivam a integralidade? De que maneira podemos percebê-la?
6.Em sua opinião o que é necessário fazer para garantir o atendimento integral à saúde?
7.Participa de cursos de Educação Permanente e do Pólo de Capacitações? Tem cursos complementares ou pretende realizá-los: pós-graduação? Em que?
8.Como você percebe a articulação entre o conhecimento e o exercício profissional?
9.O projeto ético-profissional influencia o seu trabalho? Aponte de que maneira ele se faz presente nas ações cotidianas do seu trabalho.
10.Pontue quais são as ações específicas do SS na equipe que você pertence e aquelas ações que são realizadas juntamente com os demais profissionais.
11.Você participa ou já participou de reuniões ou representa alguma entidade ou usuário nos Conselhos de Saúde ou de Assistência Social ou outros? Comente.
12.Como se dá a participação da comunidade nos assuntos de saúde no território que você atua? Existem alternativas de enfrentamento por parte da população para os problemas de saúde? Cite e comente-as.
13.O que você entende por intersetorialidade? Existem na sua prática profissional atividades intersetoriais? Cite e comente-as.
14.Indique quais os setores envolvidos nas ações intersetoriais

desenvolvidas e aponte as facilidades e dificuldades nesse contexto.

15.A equipe de trabalho da Unidade de Saúde que você pertence desenvolve ações de promoção de saúde em articulação com outros setores públicos e/ou privados? Aponte e comente-os.

16.Existe um momento específico que os profissionais da equipe se reúnem para discutir sobre problemas/dificuldades e facilidades do trabalho no PSF?

17.Aponte as dificuldades e facilidades gerais do seu trabalho como AS no PSF.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo