

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

GISELE SELISTRE RAMON

**DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E  
AS DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL  
DE ASSISTENTES SOCIAIS DE PORTO ALEGRE.**

Porto Alegre

2013

GISELE SELISTRE RAMON

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E  
AS DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL  
DE ASSISTENTES SOCIAIS DE PORTO ALEGRE.

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini

Porto Alegre

2013

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R175d Ramon, Gisele Selistre  
Determinação social da saúde e as dimensões da  
competência profissional de assistentes sociais de Porto Alegre /  
Gisele Selistre Ramon. – Porto Alegre, 2013.  
120 f.

Diss. (Mestrado) – Fac. de Serviço Social, PUCRS.  
Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Serviço Social. 2. Assistentes Sociais – Atuação  
Profissional. 3. Política de Saúde. 4. Competência Profissional.  
5. Saúde – Aspectos Sociais. I. Bellini, Maria Isabel Barros.  
II. Título.

CDD 361

**Bibliotecária Responsável: Dênira Remedi – CRB 10/1779**

GISELE SELISTRE RAMON

DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E  
AS DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL  
DE ASSISTENTES SOCIAIS DE PORTO ALEGRE.

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

---

Orientadora Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini - PUCRS

---

Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi - PUCRS

---

Profa. Dra. Sirlei Favero Cetolin - UNOESC

Porto Alegre

2013

Dedico essa dissertação para minha mãe, Elizabeth Selistre Ramon, pelo seu constante incentivo e apoio para a concretização deste Mestrado. E também por me ensinar que a teimosia e a insistência podem ser valiosas virtudes.

## AGRADECIMENTOS

Com a concretização deste Mestrado conclui-se mais uma importante etapa no desenvolvimento profissional da autora. A realização deste Mestrado foi permeado de novas aprendizagens, trocas de experiências, novas amizades e conquistas. Foi também momento de reflexão, de angústias e de incertezas. Mas chegado ao fim, sabe-se que o esforço foi recompensado. E, de forma alguma, essa conquista seria possível se não fosse pela existência fundamental de pessoas que acompanharam esse momento. **Aqui deixo meus mais sinceros agradecimentos!**

Em primeiríssimo lugar, como não poderia deixar de ser, agradeço minha mãe **Elizabeth Selistre Ramon**, a quem também dedico esse trabalho, pelo incentivo constante para realização deste mestrado, pela plena certeza da sua conclusão (certeza maior que a minha em muitos momentos). Agradeço por segurar as pontas nos momentos difíceis, pelas palavras gentis, pelas sacolejadas necessárias e pelo amor constante. Exemplo de mulher, de força e de coragem. Muito obrigada por tudo.

Agradeço meu pai **Rene da Silva Ramon**, por ter me dito, lá nos idos de 2006, que Serviço Social era a profissão certa para mim. Tinha toda a razão. Te agradeço pelas discussões sobre política, sobre o mundo, sobre sociedade. Isso impactou e impacta plenamente na minha formação. Muito obrigada por tudo.

Agradeço meu namorado **Leonardo de Oliveira Amaro** pela paciência, pela compreensão quando eu não estava lá, por ser disponível para simplesmente ouvir. Agradeço pelo amor e carinho entregues sem esperar nada em troca. Só posso dizer que te amo.

Agradeço aos colegas que ingressaram na Turma de Mestrado de 2011, pelas trocas de conhecimento, pelos debates acalorados, pelos desabafos e pelos momentos de alegrias. Agradeço em especial os colegas **André Luis, Silvia, Emmily, Monique, Bruna, Márcia...** Certamente nos reencontraremos nas idas e vindas do Serviço Social.

Agradeço aos **integrantes do NETSI** por compartilharem seus saberes comigo. Agradeço em especial **Vanessa R., Vanessa A., Luiza e Rayssa** pelo auxílio imprescindível para a coleta de dados da minha pesquisa. Vocês são parte integrante da realização deste estudo. Agradeço muito.

Agradeço imensamente a professora **Maria Isabel Barros Bellini** por ter me acolhido nesse momento tão importante. Agradeço pelas palavras amigas e pelos “puxões de orelha”. Por ter acreditado em mim e me possibilitado muitas realizações nesses dois anos. Belinha, tu trouxe muito mais brilho para essa dissertação. Espero poder realizar outros trabalhos contigo.

Agradeço as professoras **Sirlei Favero Cetolin e Patrícia Krieger Grossi** pela pronta disponibilidade em participar da banca de qualificação e banca final de mestrado. Os apontamentos de vocês trouxeram novos olhares sobre a temática e grande contribuição para finalização do trabalho. Muito obrigada.

Agradeço a todos os **professores do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da PUCRS** por contribuírem na minha formação e aprimoramento como profissional. Agradeço em especial à coordenadora do Programa, professora **Jane Cruz Prates** que no primeiro dia de aula me disse que tudo ficaria bem. E ficou mesmo.

Agradeço as Assistentes Sociais e colegas de trabalho **Wladi, Sueli, Caroline e Maria Elena** da Secretaria de Assistência e Inclusão Social da Prefeitura de Capão da Canoa, pela parceria no trabalho, por poder dividir as dificuldades e as conquistas e pelas trocas de conhecimento. Muito obrigada.

Por fim, agradeço imensamente as **Assistentes Sociais que atuam na Política de Saúde em Porto Alegre** e que se dispuseram a participar deste estudo. Espero que ele possa contribuir com a atuação profissional de vocês.

## Imagine

Imagine não haver o paraíso  
É fácil se você tentar  
Nenhum Inferno abaixo de nós  
Acima de nós, só o céu

Imagine todas as pessoas  
Vivendo o presente

Imagine que não houvesse nenhum país  
Não é difícil imaginar  
Nenhum motivo para matar ou morrer  
E nem religião, também

Imagine todas as pessoas  
Vivendo a vida em paz

Você pode dizer que eu sou um sonhador  
Mas eu não sou o único  
Espero que um dia você junte-se a nós  
E o mundo será como um só

Imagine que não ha posses  
Eu me pergunto se você pode  
Sem a necessidade de ganância ou fome  
Uma irmandade dos homens

Imagine todas as pessoas  
Partilhando todo o mundo

Você pode dizer que eu sou um sonhador  
Mas eu não sou o único  
Espero que um dia você junte-se a nós  
E o mundo viverá como um só

(Imagine – John Lennon)



## RESUMO

A presente pesquisa objetiva identificar como é realizada, na prática cotidiana dos Assistentes Sociais que atuam na Política de Saúde no Município de Porto Alegre, a intervenção nas expressões dos Determinantes Sociais da Saúde. A análise parte do pressuposto da utilização das Dimensões Constitutivas da Competência Profissional (dimensão técnico-operativa, dimensão ético-política e dimensão teórico-metodológica) para realizar a análise desta intervenção. A escolha dos sujeitos deu-se a partir da divisão dos eixos de atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde estabelecida pelo CFESS (2010) que são: a) atendimento direto com os usuários; b) mobilização, participação e controle social; c) investigação, planejamento e gestão; d) assessoria, qualificação e formação profissional. Foi elencado um (01) profissional de cada eixo de atuação para realização de entrevista de pesquisa. Por tratar-se de pesquisa qualitativa, o interesse principal encontra-se no conteúdo estabelecido nas falas dos sujeitos e não no número de entrevistas realizadas. A dissertação de mestrado é organizada a fim de conceituar os marcos históricos do desenvolvimento da Política de Saúde brasileira, as relações de trabalho estabelecidas na sociedade capitalista, enfocando no trabalho do Assistente Social na saúde, bem como as disputas teóricas que envolvem o entendimento de Determinação Social da Saúde. Por estar fundamentada no método Dialético-Crítico, mais do que conhecer a realidade existente, essa dissertação de mestrado propõe-se a elencar sugestões de superação da realidade que esta posta a fim de contribuir com a intervenção profissional do Assistente Social na Política de Saúde.

### **Palavras-chave:**

Trabalho do Assistente Social, Dimensões da Competência Profissional, Conceito Ampliado de Saúde, Determinantes Sociais da Saúde.

## **ABSTRACT**

This research aims to identify as it is done in everyday practice of social workers who work in Health Policy in the city of Porto Alegre, the intervention in terms of the Social Determinants of Health. The analysis assumes the use of the Constitutive Dimensions of Professional Competence (dimension-operative technical, ethical-political dimension and dimension theoretical and methodological) to perform the analysis of this intervention. The choice of subjects was given from the division of the axis of action of Social Workers in Health Policy established by CFESS (2010) which are: a) direct service to users, b) mobilization, participation and social control, c) research, planning and management, d) counseling, vocational training and qualification. It was part listed one (01) professional each axis of action for conducting research interview. Because it is qualitative research, the main interest lies in the content provided in the statements of the subjects and not the number of interviews. The dissertation is organized in order to conceptualize the historical development of the Brazilian Health Policy, established working relations in capitalist society, focusing on the work of the social worker in health, as well as disputes involving theoretical understanding of Determination social Health being based on Dialectical-Critical method, more than knowing the existing reality, this dissertation proposes to list the suggestions to overcome the reality that this called to contribute to the professional intervention of the social worker in Health Policy.

### **Keywords:**

Social Work, Dimensions of Professional Competence, Expanded Concept of Health, Social Determinants of Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01: CHARGE DE MINO (S/D).....	18
FIGURA 02: CHARGE DE IVAN CABRAL (2008).....	42
FIGURA 03: CHARGE DE CHICO (1993).....	66
FIGURA 04: DETERMINANTES SOCIAIS: MODELO DE DAHLGREN E WHITEHEAD.....	72
FIGURA 05: CHARGE DE DUAYER (S/D).....	80
FIGURA 06: CHARGE DE JAGUAR (S/D).....	89
QUADRO 01: CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.....	91

## LISTA DE SIGLAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

CAPES – Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos.

DNS – Departamento Nacional de Saúde.

ENESSO – Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

LOS – Lei Orgânica da Saúde.

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

NOB/RH – SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PCCSs - Planos de Carreira, Cargos e Salários.

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

SIPS - Sistema de Indicadores de Percepção Social.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas Para a Infância.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>PARTE I: TEORIA QUE ANTECEDE A PRÁTICA.....</b>	<b>19</b>
<b>2 POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: O INÍCIO, O MEIO... E O FIM? .....</b>	<b>19</b>
2.1 O INÍCIO.....	20
2.2 O MEIO. ....	27
2.3. O FIM? .....	36
<b>3 AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO E OS IMPACTOS NO TRABALHO NA SAÚDE.....</b>	<b>43</b>
3.1 (RE) PENSANDO O ENTENDIMENTO DE TRABALHO. ....	44
3.2 O TRABALHADOR DA POLÍTICA DE SAÚDE .....	50
3.3 O ASSISTENTE SOCIAL ENQUANTO TRABALHADOR DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	54
<b>4 A INTERVENÇÃO JUNTO AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: DISCUTIMOS E INTERVIMOS TANTO QUANTO DEVERIAMOS? .....</b>	<b>67</b>
4.1 O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO CONCEITO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. ....	68
4.2 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: UM CONCEITO EM DISPUTA.....	71
<b>PARTE II: PRÁTICA QUE QUESTIONA A TEORIA. ....</b>	<b>81</b>
<b>5 OS CAMINHOS PERCORRIDOS NA CONSTRUÇÃO DA PESQUISA.....</b>	<b>81</b>
5.1 PROBLEMA DE PESQUISA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS. ...	82
5.2 MÉTODO DIALÉTICO CRÍTICO. ....	84
5.3 CAMINHOS PERCORRIDOS. ....	86
<b>6 ANÁLISE DOS RESULTADOS: A VISÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS SOBRE SUAS INTERVENÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE.....</b>	<b>90</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS ENTREVISTADOS. ....	91
6.2 ASSISTENTES SOCIAIS: COMO CONCEBEM O CONCEITO DE SAÚDE?.....	92
6.3 A INTERVENÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	95

6.4 DESAFIOS E POSSIBILIDADES APRESENTADOS PARA CONCRETIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL. ....	98
6.5 CONCEPÇÃO DAS DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL. ....	101
6.6 CONHECIMENTO ACERCA DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DA PROFISSÃO. ....	103
6.7 PRINCIPIOS NORTEADORES DO SUS E O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL. ....	105
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>108</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>111</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>116</b>
<b>APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>116</b>
<b>APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	<b>117</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>120</b>
<b>ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA</b> .....	<b>120</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*[...] Não me peça que lhe faça uma canção como se deve, / Correta, branca, suave, muito limpa, muito leve / Sons, palavras, são navalhas e eu não posso cantar como convém, / Sem querer ferir ninguém [...]*  
**Belchior.**

Ao introduzir essa dissertação de mestrado com o trecho de uma das músicas do compositor Belchior, utiliza-se das palavras de sua canção para expor um posicionamento sobre o entendimento que se têm acerca da produção científica e sobre a temática que perpassa todo este trabalho. Entende-se que ao realizar uma produção teórica e científica necessariamente o autor se coloca em um dos lados de disputa de poder existente nesta sociedade. Ao viver em uma sociedade capitalista, vivencia-se constantemente a luta em uma sociedade excludente e a busca por um novo modelo de ordem societária. As produções científicas e a própria ciência, não estão imunes nem afastadas desta disputa.

A própria produção do conhecimento e a educação são instrumentos utilizados para manutenção e/ou questionamento da ordem vigente. Desta forma, ao afirmar que “palavras são navalhas e eu não posso cantar como convém, sem querer ferir ninguém” afirma-se que ao elaborar este trabalho a intencionalidade e o posicionamento motivador foram à possibilidade de contribuir com produção do conhecimento irmanada a defesa e ampliação da saúde pública, oferecida em sua totalidade pelo Estado e em um entendimento ampliado de saúde, em que está presente a multiplicidade de fatores biopsicossociais.

Na contemporaneidade observam-se graves ameaças aos avanços conquistados pelos movimentos sociais no que concerne a garantia e acesso a direitos e políticas sociais, em especial a política de saúde. Compreende-se que a produção do conhecimento é forte aliada no fortalecimento da resistência às refrações sofridas nas últimas décadas pelas políticas sociais. Procura-se contribuir desta forma com a produção desta dissertação, uma vez que o conhecimento deve estar a serviço do fomento de ações práticas com vistas a mudanças.

O eixo central discutido neste trabalho é a intervenção profissional dos Assistentes Sociais nas diversas formas de expressão dos determinantes sociais da saúde em suas práticas cotidianas nos serviços de saúde no Município de Porto

Alegre. Desta forma, analisam-se como as dimensões da competência profissional estão presentes nesse processo interventivo que envolve a determinação social da saúde.

Elaborou-se como problema a ser respondido pela pesquisa: *“Como os Assistentes Sociais, que atuam no Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, contemplam as dimensões da competência profissional com vistas a incidirem nas expressões dos determinantes sociais da saúde em suas práticas cotidianas?”*. Para contemplar o supracitado problema elaborou-se como objetivo geral: *“Analisar como os Assistentes Sociais contemplam as dimensões da competência profissional para incidirem nas expressões dos determinantes sociais da saúde em suas práticas cotidianas a fim de dar maior visibilidade a essas ações, fornecer subsídios teóricos visando o aprimoramento profissional na área da saúde e consolidar o conceito ampliado de saúde”*.

Optou-se pelo conceito apresentado por Dahlgren e Whitehead apud Buss; Pellegrini Filho (2007) associado ao conceito de Costa (2009) (ambos os conceitos apresentados no capítulo 4 “A intervenção junto aos determinantes sociais da saúde: Discutimos e intervimos tanto quanto deveríamos?”) para ser utilizado como fio condutor para realização desta pesquisa. A associação destes dois conceitos possibilita coligar uma ampla gama de expressões de manifestação da determinação social da saúde, junto com o entendimento que o principal fator gerador de desigualdades sociais e desigualdades em saúde é a própria sociedade capitalista.

Entende-se também que a construção do conhecimento pode ser complementada com elementos artísticos. Ao longo de todo o trabalho, introduzem-se os capítulos com trechos de músicas, frases e pensamentos poéticos que se relacionam com as temáticas abordadas. Além disso, a dissertação apresenta uma série de charges, a maioria delas publicadas pela editora Fiocruz no Livro “Só Rindo da Saúde” que de forma humorada apresenta fatores sociais que implicam na saúde, indo ao encontro do tema central desta dissertação. Após cada charge apresenta-se uma breve interpretação sobre a imagem exposta. Entende-se que a utilização de cenas críticas e irônicas sobre situações que perpassam a realidade vivenciada nos serviços de saúde, contribui no processo de desvendamento e interpretação de situações cotidianas e, para além, contribui na reflexão e construção de possibilidades de mudança.



O trabalho divide-se em duas partes. Na “Parte I: Teoria que antecede a prática” estão presentes o capítulo 2 “Política de Saúde Brasileira: O início, o meio... e o fim?” apresenta o processo histórico do desenvolvimento da política de saúde brasileira, o capítulo 3 “As Transformações do mundo do trabalho e os impactos no trabalho na saúde” versa sobre os trabalhadores dos serviços de saúde, enfocando nos assistentes sociais e o capítulo 4 “A intervenção junto aos determinantes sociais da saúde: Discutimos e intervimos tanto quanto deveríamos?” apresenta os diferentes conceitos e perspectivas teóricas acerca dos determinantes sociais da saúde.

Na “Parte II: Prática que questiona a teoria” estão presentes o capítulo 5 “Os caminhos percorridos na construção da pesquisa”, que apresenta a metodologia que norteou o desenvolvimento do estudo e o capítulo 6 “Análise dos Resultados: A visão dos Assistentes Sociais sobre suas intervenções na Política de Saúde.” que apresenta os dados obtidos com a pesquisa. Por fim encontram-se as considerações finais da dissertação, os apêndices e anexos utilizados.

**FIGURA 01: CHARGE DE MINO (S/D).**

Fonte: MINO (S/D) in FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (1995).

Nesta charge de Mino (s/d) é possível observar a crítica proposta pelo autor no que concerne uma perspectiva de saúde meramente pautada em indicações medicamentosas para curas de doenças. Observa-se também um serviço de saúde que não considera a realidade e as condições de vida dos sujeitos. Ao relatar não possuir “as principais refeições” o sujeito denuncia sua impossibilidade de seguir o tratamento prescrito e, além disso, o possível agravador de sua situação de saúde: o não acesso à renda e alimentação. Ambos os aspectos são citados no artigo terceiro da lei orgânica da saúde (BRASIL, 1990) como fatores determinantes e condicionantes da saúde.

## PARTE I: TEORIA QUE ANTECEDE A PRÁTICA.

### 2 POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA: O INÍCIO, O MEIO... E O FIM?

*[...] Olhei a vida e me espantei / Eu tenho mais de 20 anos / E eu tenho mais / De mil perguntas sem respostas [...] Elis Regina*

A política de saúde brasileira, que se encontra em vigência, ultrapassou sua “infância” e “adolescência” na década de 1990, enfrentando a violência sucateadora imposta por um modelo de sociedade fomentado pelo pensamento Neoliberal. Apesar dos duros golpes, a política de saúde chega ao século 21 e à fase adulta. Fase esta marcada por uma gama de legislações reguladoras: Setor saúde existente na Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990), Lei que dispõe sobre a participação popular na gestão da política de saúde, (Lei nº 8.142 de 1990), Pacto pela Saúde (Portaria nº 399 de 2006), entre outras.

Embora esteja amplamente regulamentada, da mesma maneira que a música de Elis Regina, por ser uma jovem adulta, a política de saúde ainda se encontra com mais perguntas do que respostas. Dúvidas que envolvem sua execução, gestão, capacitação de seus profissionais, controle social e participação de seus atores, dentre outras tantas questões. O fato de já ter atingido a “maioridade”, tende a criar expectativa no que se refere à obrigatoriedade da política de saúde não possuir mais tantas incertezas. Exige-se que ela efetive de forma plena seus objetivos e atribuições. Contudo, quais são de fato as condições existentes e os condicionantes históricos para que a política de saúde possa se desenvolver?

Para responder tais questionamentos é necessário revisitar a história existente antes da promulgação da Lei 8.080 de 1990 e compreender como tem se dado o processo de formulação e execução dos serviços de saúde brasileiros ao longo das décadas. No subitem “**O Início**” exploram-se as primeiras legislações que regulamentavam a saúde no Brasil, bem como as perspectivas teóricas pelas quais essas estavam pautadas (posteriormente conclui-se que elas ainda coexistem com pensamentos mais atuais).

No subitem “**O meio**” debate-se os caminhos de mobilização e reivindicação que culminaram com a realização da oitava conferência nacional de saúde e posteriormente com a seção saúde da Constituição Federal de 1988 e finalmente com a Lei Orgânica da Saúde. Tal movimento histórico torna-se essencial para

compreensão do terceiro subtítulo “**O Fim?**”. Tal subitem caracteriza-se por um questionamento, pois apresenta uma série de fatores que tem sido fomentadores da criação de um sistema de saúde dúbio: o sistema particular de saúde destinado àqueles que podem arcar com seus custos e um sistema de saúde público destinado para as camadas mais pobres da população. Seria esse modelo o causador do fim do Sistema Único de Saúde – SUS? E que medidas podem ser tomadas para que isso seja evitado? Nesse capítulo, como um todo, se tenta responder algumas dessas “mais de mil perguntas sem respostas”. Ou quem sabe elaborar novas perguntas.

## 2.1 O INÍCIO.

Antes de destacar as particularidades da política de saúde, é necessário pensar o fomento e a elaboração das políticas sociais como um todo. As políticas sociais vêm historicamente se constituindo, contudo, seu surgimento não se deu sem motivo. Como aponta Behring (2009) o surgimento das políticas sociais ocorre quando há um reconhecimento pela sociedade da existência da questão social, produto inerente às relações sociais estabelecidas na sociedade capitalista. Behring situa esse período como sendo o final do século XIX. O surgimento das políticas sociais também se encontra associado a uma atitude reivindicatória e revolucionária da classe trabalhadora que passa a exigir serviços e direitos básicos para a satisfação de suas necessidades.

Aqui é possível apontar uma contradição: Inegavelmente a classe trabalhadora exerceu um papel de pressão muito grande na conquista de diversas garantias sociais, mas também existia o interesse da burguesia em oferecer esses serviços. Melhores condições trabalhistas significavam operários mais submissos, menos descontentes com suas condições de vida e, conseqüentemente, mais produtivos e lucrativos para o capital. De forma dialética e contraditória a política social, na sociedade capitalista, surge para atender as necessidades de ambas as classes, ainda que possam significar interesses opostos.

Após a Segunda Guerra Mundial surge o Welfare State, principalmente nos países europeus. Welfare State compreendido como um “moderno modelo estatal de intervenção na economia de mercado que, ao contrário do modelo liberal que o antecedeu, fortaleceu e expandiu o setor público e implantou e geriu sistemas de

proteção social” (PEREIRA, 2008, p. 23). Pode-se dizer que o Welfare State foi um avanço inédito em relação a tudo que havia sido feito e pensado acerca das políticas sociais até aquele momento. As tentativas passadas de regulação do Estado tinham ficado numa perspectiva muito mais culpabilizadora e punitiva, como pode ser visto na Poor Law Act<sup>1</sup> (Lei dos Pobres).

O Welfare State possuía alguns princípios norteadores para a execução das políticas e dos serviços, segundo Couto (2006, p. 66)

Os projetos de Welfare State buscaram modificar as forças do mercado em três direções:

- garantindo aos indivíduos e às famílias uma renda mínima, independentemente do valor do trabalho ou de sua propriedade;
- restringindo o arco de insegurança, colocando os indivíduos e as famílias em condições de fazer frente a certas contingências sociais (por exemplo, a doença a velhice, e a desocupação), que, de outra forma, produziriam as crises individuais e familiares;
- e assegurando que a todos os cidadãos, sem distinção de status ou classe, seja oferecida uma gama de serviços sociais.

Pode-se afirmar que o Welfare State buscou dar uma nova face para perspectiva de direito e política social. Até aquele momento era impensável a existência de serviços providos pelo Estado com essa margem de abrangência. O Welfare State rompeu com a lógica de mercado quando proveu serviços sem exigir que o sujeito, por suas próprias condições, tivesse que adquiri-los. Com relação ao seguro social o Welfare State é pioneiro em duas perspectivas: Primeiro pela instituição do próprio seguro social, que não havia sido pensado em nenhuma outra perspectiva anterior e segundo por romper com a prática liberal de responsabilizar os sujeitos por sua própria pobreza. A introdução do seguro social

Apesar de incipiente nos seus primórdios, [...] revela importante mudança na mentalidade que certamente culpava o pobre pela sua condição de privação. Sendo assim, mais que oferecer segurança social aos trabalhadores e aos necessitados em geral o seguro social expressou o reconhecimento público de que a incapacidade das pessoas era devido a contingências como idade avançada, enfermidade ou desemprego, e não faltas pessoais, o que incumbia ao Estado proteção social devida. (PEREIRA, 2008, p. 41)

Desta forma, o Estado passa a admitir não só as incapacidades biológicas dos sujeitos de suprirem suas necessidades como a velhice e as doenças, mas também admite as desigualdades geradas pelo sistema capitalista como o

---

<sup>1</sup> Poor Law Act (Lei dos Pobres), Foi instituída na Inglaterra com a finalidade de fixar salários e evitar a mobilidade dos trabalhadores entre paróquias na busca de outros empregos ou de ações de caridade que não correspondessem as suas localidades. (PEREIRA, 2008)

desemprego e a própria pobreza. Fazendo isso o Estado da uma margem sem precedentes para que a população possa exigir que a proteção social se efetive, não só a partir das leis trabalhistas, mas também dos serviços de saúde e de educação. (PEREIRA, 2008).

A saúde como política social acompanhou o processo de transformação histórica e conforme Franco e Merhy (2007, p. 60) “a ideia de uma política voltada para a assistência à saúde aparece pela primeira vez no século XVII, na edição, pelo governo da Inglaterra, da Lei dos Pobres em 1601”. Tal medida estava intimamente relacionada com o processo de desenvolvimento industrial que se apresentava na época, obrigando o governo a pensar em modificações sanitárias necessárias para a preservação da mão de obra operária. Isso ocorreu porque, na época, os operários encontravam-se morando em cortiços insalubres, com grandes populações, trabalhando em jornadas de trabalho de até dezesseis horas por dia. Destaca-se que os trabalhadores eram compostos por homens, mulheres e até mesmo crianças. (FRANCO; MERHY, 2007).

As péssimas condições sanitárias e de trabalho tornaram-se “campo fértil” para a disseminação das mais variadas doenças. Como resultado a administração pública deparou-se com elevados índices de enfermidades, acidentes de trabalho e mortalidade. Tal redução da mão de obra e as constantes pressões exercidas pela classe operária culminaram na preocupação com a saúde pública (FRANCO; MERHY, 2007), pode-se dizer que dessa disputa e pressão entre classe trabalhadora e classe burguesa resultou em

uma dada ‘correlação de forças’ que define a política de saúde, muitas vezes na forma de um amálgama, combinando interesses diversificados. Assim, os fatores relacionados à formação e desenvolvimento das sociedades, ao desenvolvimento econômico e ao jogo estabelecido entre diversos atores sociais e políticos, que articulam nas arenas decisórias, seus interesses e projetos específicos, determinam em grande medida as políticas de saúde. (FRANCO; MERHY, 2007, p. 63)

Como referido anteriormente, existe uma forte contradição existente na elaboração das políticas de saúde: Embora a população tenha exercido pressão para adquirir serviços de saúde condizentes com suas necessidades, o Estado sofreu pressões ainda maiores do mercado para fomentar esses serviços.

Particularizando para a política de saúde brasileira, observa-se algumas diferenças em relação à constituição das políticas de saúde em outras partes do mundo. No Brasil o Estado passa a responsabilizar-se efetivamente pelas

problemáticas de saúde pública apenas na década de 1930. Antes disso, eram realizados alguns serviços médicos de caráter filantrópico, sendo o restante dos serviços efetivados de forma particular. Com o desenvolvimento do capitalismo, têm-se também alguns serviços de vigilância do exercício profissional (BRAVO, 2009). Tais serviços de vigilância do exercício profissional assemelhavam-se aos adotados pela Inglaterra, objetivando a permanência da mão de obra em pleno “funcionamento” a fim de garantir a manutenção da produção nas fábricas.

Na década de 1920 destaca-se a reforma Carlos Chagas, uma das primeiras ações no âmbito da saúde pensadas em nível nacional. Conforme Lima e Pinto (2003, p. 1043)

Nos anos 1920, pela primeira vez a saúde surgia como questão social no Brasil. Com o crescimento da economia cafeeira, a aceleração do processo de urbanização e o desenvolvimento industrial, a questão da saúde ganhou novos contornos, pois as condições sanitárias afetavam diretamente a qualidade da mão-de-obra. As medidas de saúde pública caracterizaram-se pela tentativa de modernização e extensão de seus serviços por todo o país. A reforma promovida por Carlos Chagas em 1923, criando o DNS [Departamento Nacional de Saúde], visava incorporar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como preocupações do Estado.

Mais uma vez, podemos observar que a saúde pública nacional encontra-se intimamente ligada a manutenção e permanência da classe trabalhadora em seus postos de trabalho. O fortalecimento do capitalismo em território nacional, bem como o desenvolvimento dos setores econômicos chamou atenção das autoridades para o desenvolvimento dos serviços de saúde. Outro importante serviço que surge na década de vinte são as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs:

As CAPs asseguravam como benefícios o direito à aposentadoria (velhice e invalidez), a obtenção de socorro médico (para si e sua família), o recebimento de pensão ou pecúlio pelos familiares, e a compra de medicamentos a preços reduzidos, sendo mantidas pela contribuição compulsória dos empregados e empregadores, sem a participação do estado. (COUTO, 2006, 96-97)

Pode-se afirmar que as CAPs são uma primeira versão, ainda que bastante limitada, da atual Seguridade Social, pois contavam com uma perspectiva de aposentadoria e assistência a saúde. Contudo, por estarem diretamente ligadas ao vínculo formal de trabalho, desprotegeriam um elevado número de sujeitos que não se encontravam (e ainda hoje não se encontram) em situação de trabalho regulamentado. Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, em 1990, a

perspectiva de garantia da saúde pública de forma universal e destinada a toda a população, superou o modelo de saúde anterior, ao romper com a lógica de proteção que assegurava acesso aos serviços apenas aos sujeitos que se encontravam em situação de trabalho formal. Isso acarretou uma revolução na forma de pensar saúde, uma vez que com o SUS passa a ser considerada como direito e não como mercadoria.

A adoção das CAPs pelas empresas exigiu, mais uma vez, da classe trabalhadora uma forte reivindicação, sendo a categoria dos ferroviários a primeira a ser contemplada, seguida pelos estivadores e os marítimos. As demais categorias profissionais só organizar-se-iam para criar suas próprias CAPs na década de trinta (BRAVO, 2009). Nesse período (1930) a política de saúde

era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O Subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente para as do campo [...] (BRAVO, 2009, p. 91).

Dentre os serviços oferecidos em âmbito nacional, destacaram-se o Serviço Nacional de Febre Amarela (1937) e o Serviço de Malária do Nordeste (1939) ambos do Departamento Nacional de Saúde em parceria com a fundação Rockefeller (americana) (LIMA; PINTO 2003, p. 1045). Além desses serviços a década de trinta marca o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs. Logo que surgiram

Os institutos começaram a ter característica de atuarem congregando todos os trabalhadores brasileiros no âmbito de sua competência; no entanto oportunizaram a fragmentação e o controle da classe trabalhadora, organizando-a nacionalmente, mas estimulando a criação de benefícios diferenciados e criando novos mecanismos de controle do Estado frente a suas demandas, constituindo-se em elemento adicional de divisão da classe trabalhadora [...] (COUTO, 2006, p. 97)

Mais uma vez pode-se observar que as lutas da classe operária em busca de políticas sociais protetivas, em especial as de seguridade social, eram e, ainda o são, mediadas pelos interesses das classes dominantes, através dos serviços ofertados pelo Estado. Em outras palavras, embora o Estado tenha mostrado certa evolução na oferta de serviços de saúde dentro das IAPs, estes também serviam amplamente a classe dominante uma vez que os benefícios diferenciados para cada



categoria profissional auxiliaram amplamente na divisão e enfraquecimento da classe trabalhadora na busca de seus interesses.

Ainda nessa época, temos a divisão do Ministério da Educação e da Saúde e a criação do Ministério da Saúde. Antes da “emancipação” do Ministério da Saúde, ambas as políticas dividiam um orçamento comum. Com a separação coube-lhe “a menor fração do orçamento do Antigo Ministério da Educação e Saúde, ou seja, um terço do imposto sobre a Educação e Saúde” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.385). Esse período também é marcado pelo governo Juscelino Kubitscheck, conhecido principalmente pela construção de Brasília e pela promessa de que o Brasil iria se desenvolver cinquenta anos em cinco.

Contudo, o principal resultado do governo Kubitscheck foi uma elevada inflação, bem como um fortalecimento do movimento operário e estudantil (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Tal movimento se deu principalmente pela total desresponsabilização deste governo com os interesses da classe trabalhadora. Outro marco deste governo, bastante prejudicial para a saúde, é a ampliação dos serviços de saúde privados:

O Congresso de Hospitais, ocorrido nessa época, respondeu a essas demandas, instituindo os serviços médicos próprios das empresas. Encontrava-se aí uma nova configuração da prestação privada de serviços de saúde, através da emergência da medicina de grupo, que se constituiu em um dos lastros para a implementação das políticas neoliberais no âmbito do setor saúde na atualidade (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.385).

O processo de privatização da saúde foi construído historicamente. Na atualidade quando observamos hospitais com “duas portas”, uma destinada para os usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e outra para os serviços privados de saúde constata-se que esse entendimento de saúde enquanto produto eficaz para os que podem pagar e serviço ineficaz para os usuários da saúde pública remontam mais de 50 anos. Esse entendimento de saúde enquanto produto será melhor explorado nos itens subsequentes.

Após o governo Juscelino Kubitscheck, é eleito presidente Jânio Quadros. Com um viés bastante populista, o então prefeito de São Paulo aproveitou o momento de visibilidade política e candidatou-se presidente. Contudo, conforme a Constituição Federal de 1946 a eleição de Presidente e Vice-Presidente se davam separadamente ([DUARTE, 2007]). Desta forma elegeu-se vice-presidente, representando o Partido Trabalhista Brasileiro, João Goulart, visto pelos partidos

conservadores e pelos militares como uma grave “ameaça” de instalação do comunismo no Brasil ([SOUSA, 2012]) . Reitera-se que nesse momento o cenário mundial ainda amedrontava-se com a Guerra Fria, sendo o capitalismo representado pelos Estados Unidos da América e o comunismo representado pela União Soviética, hoje extinta.

O governo de Jânio teve duração de apenas 07 meses assumindo assim, com grande desconfiança e desaprovação dos partidos conservadores e como uma promessa de mudanças sociais expressivas pelos partidos de esquerda, João Goulart, o Jango:

Foi nessa época que se registrou a maior participação do Ministério da Saúde no orçamento global da união, apesar das grandes tendências à sua diminuição. João Goulart promoveu importantes reformas de base administrativa, além da proposição de reforma agrária radical, estatização do abastecimento, nacionalização dos monopólios estrangeiros, bem como controle direto sobre o sistema de livre iniciativa e propriedade privada capitalista (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 386).

Embora não tenha concretizado muitas das suas propostas, devido sua saída do governo acarretada pelo Golpe Militar de 1964, acredita-se que o mandato de Jango teria sido muito frutífero no fomento e efetivação de políticas sociais e na concretização dos interesses da classe trabalhadora. Exatamente por esse posicionamento favorável a classe trabalhadora que os grandes empresários da época e defensores dos interesses da classe dominante organizaram-se para a organização do Golpe Militar.

O conjunto de ações oferecidas por João Goulart desprestigiava claramente os interesses dos grandes proprietários, o grande empresariado e as classes médias. Com isso, membros das Forças Armadas, com o apoio das elites nacionais e o apoio estratégico norte-americano, começaram a arquitetar o golpe contra João Goulart. Ao mesmo tempo, os grupos conservadores realizaram um grande protesto público com a realização da “Marcha da Família com Deus pela Liberdade”. ([SOUSA, 2012])

Com a efetivação do Golpe foi promulgado o Ato Institucional – 1, suspendendo assim os direitos políticos e constitucionais sendo que “foram extintas todas as organizações que exigiam reformas de base, como o Comando Geral dos Trabalhadores e as Ligas Camponesas” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 386). Com relação aos serviços de saúde constata-se uma ênfase na prática médica curativa (principalmente especializada) efetivada através de indústrias farmacêuticas e equipamentos hospitalares (que favoreciam o comércio estrangeiro); prática médica orientada principalmente pela lucratividade, garantindo privilégios ao

produtor privado; diferenciação no atendimento da clientela entre outras (BRAVO, 2009).

Os Governos Militares, que duraram 25 anos, de 1964 a 1989, privilegiaram enormemente a privatização dos serviços públicos. Insatisfeitos com essa realidade e impossibilitados de reunir-se em espaços públicos, devido a forte repressão contra a organização popular, para problematizar novas formas de pensar e fazer saúde, o movimento sanitário abrigou-se no interior das universidades “em decorrência da exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde, as quais eram tomadas pelos governos autoritários em seu próprio benefício” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 386).

O Movimento da Reforma Sanitária começa a organizar-se, embora esteja “cercado” pela repressão, pela coerção e por um cenário político bastante desfavorável. Esse movimento teve seu ápice em 1986, na ocasião da 8ª Conferência Nacional da Saúde quando debateu e organizou as ideias que em 1988 garantiram a existência do setor saúde na Constituição Federal, reconhecida como cidadã, e que em 1990 compôs o texto da lei 8.080, a Lei Orgânica da Saúde - LOS. O processo de abertura política na década de 1980, bem como os avanços da política de saúde são discutidos no próximo subitem.

## 2.2 O MEIO.

Para entender o processo que culminou com o fim da ditadura militar e com a abertura política brasileira é necessário especificar cada uma das fases que integraram o período ditatorial. Esse período, que como posto anteriormente durou 25 anos, foi composto por 06 governos, sendo um deles civil (CODATO, 2005). O regime militar brasileiro pode ser organizado por períodos da seguinte forma:

Uma primeira fase, de constituição do regime político ditatorial-militar, corresponde, grosso modo, aos governos Castello Branco e Costa e Silva (de março de 1964 a dezembro de 1968); uma segunda fase, de consolidação do regime ditatorial-militar (que coincide com o governo Médici: 1969-1974); uma terceira fase, de transformação do regime ditatorial-militar (o governo Geisel: 1974-1979); uma quarta fase, de desagregação do regime ditatorial-militar (o governo Figueiredo: 1979-1985); e por último, a fase de transição do regime ditatorial-militar para um regime liberal-democrático (o governo Sarney: 1985-1989). (CODATO, 2005, p. 83)

Como aponta o autor, o período de transição entre o regime ditatorial e a abertura política teve sua iminência no período que corresponde ao início da década

de 80, onde a juventude brasileira e os movimentos políticos e sindicais uniram-se para exigir “Diretas Já”, ou seja, eleições diretas para escolha do presidente do país. Contudo, as eleições diretas só seriam viáveis em 1989. Em 1985 Tancredo Neves foi o escolhido, através de eleições via Colégio Eleitoral, tendo como vice-presidente José Sarney. Uma grande comoção nacional atingiu o país, devido o falecimento precoce de Tancredo, assumindo assim o vice Sarney (COUTO, 2006).

O país como um todo vislumbrava perspectivas de mudança e a intenção de superar os terríveis “anos de chumbo” ao qual a população vivenciara naqueles últimos 25 anos. A militância referente à área da saúde não poderia ser diferente. Esses anos marcam o processo que vinha sendo debatido pelo Movimento da Reforma Sanitária ao longo dos anos setenta, tendo como mérito a capacidade de agregar os mais variados núcleos de sujeitos interessados pela construção de uma política pública de saúde: intelectuais, trabalhadores, usuários, movimentos políticos e sindicais (BRAVO, 2009).

Não por acaso o final dos anos 70 e o início dos anos 80 foram o período histórico que serviu de pano de fundo para os debates acerca da reformulação da política de saúde brasileira. Esse período em nossa sociedade foi marcado por grandes mobilizações em busca de abertura política para o país e de grande efervescência dos movimentos populares, que reivindicavam ampliação de direitos políticos e sociais. Esse período é resultado de um processo histórico excludente da sociedade brasileira, como refere Gerschman

Uma das características mais marcantes do estado brasileiro é precisamente o seu autoritarismo. Historicamente, a sociedade brasileira apresenta traços profundamente elitistas e excludentes, em parte herança do escravismo do período colonial e do caráter oligárquico das classes dominantes. Nesse sentido o Estado impôs seu domínio à sociedade através do exercício do patrimonialismo político, do clientelismo e da incorporação das classes ‘subalternas’ por meio de mecanismos de cooptação que garantiam a supremacia das elites no exercício da política. (GERSCHMAN, 2004, p. 31)

Com base no pensamento da autora podemos afirmar que o processo político brasileiro tem garantido historicamente os interesses das classes dominantes, uma vez que esses sujeitos têm chegado ao poder através da manipulação e cooptação da classe trabalhadora. Como dito anteriormente, os movimentos sociais surgem como os questionadores dessa realidade e passam a exigir que o estado garanta suas reivindicações, que vão ao encontro das demandas da classe trabalhadora.

Em 1986 é realizada a 8ª Conferencia Nacional da Saúde. Ao contrário das conferencias realizadas anteriormente, esta se torna um marco, pois tinha como temática “Direito a Saúde, Sistema de Saúde e Financiamento” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 392). De forma mais detalhada, a 8ª Conferencia ousou questionar e debater: “I - A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III - Financiamento setorial” (BRAVO, 2009, p. 96). Ou seja, naquele momento o debate acerca da política de saúde dá um salto, uma vez que estava sendo reivindicado como direito humano e social básico, exigia-se uma reformulação do sistema de saúde vigente (sistema esse que privilegiava muito mais os caros equipamentos necessários para a alta complexidade, do que a prevenção prevista na rede básica) e um financiamento destinado unicamente para aquele setor, de responsabilidade de união, estados e municípios.

Tal processo de reivindicação exigiu grande articulação de todos os sujeitos envolvidos, bem como grande pressão popular. A 8ª Conferencia

Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos [...] e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2009, p. 96)

No subitem anterior, foi possível observar que ao longo de toda a história o processo de responsabilização do Estado no que concerne ao fornecimento de serviços e políticas públicas deu-se através da pressão popular somada ao interesse das elites em apaziguar a classe trabalhadora. Não é possível negar que o Movimento da Reforma Sanitária lutou arduamente para a conquista do setor saúde na Constituição Federal de 1988. Contudo, seria ingenuidade negar que, em um momento de forte mobilização popular e política que ocorria no país, não fosse de grande interesse do Estado e das classes dominantes enfraquecer uma luta através da conquista de uma vitória. Ou seja, com a promulgação do setor saúde na Constituição o movimento enfraqueceu, uma vez que a principal vitória estaria ganha.

Como se sabe, no processo de formulação da Constituição Federal de 1988 a

Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. (BRAVO, 2009, p. 97)

Embora a Constituinte tenha conseguido assegurar boa parte do texto original previsto pelo Movimento da Reforma Sanitária, como os aspectos referentes “a saúde como um dever do Estado, a constituição do SUS integrando todos os serviços públicos em uma rede, além da preservação dos princípios aprovados pela VIII Conferência” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.392), alguns dos elementos incorporados pelos grupos empresariais foram (e ainda o são) elementos prejudiciais para a consolidação e manutenção do SUS. Esses fatores prejudiciais são a participação do setor privado de saúde, ainda que de forma complementar, o financiamento do setor saúde, uma política de regulação de medicações (principalmente no que concerne ao uso de patentes), uma política mais efetiva em relação à saúde do trabalhador e a permanência de um modelo assistencial individual ainda muito focado na figura do médico (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Embora o direito à saúde tenha sido regulamentado de fato em 1988 na Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde só foi ser promulgada em 1990. A lei do SUS “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, [1990]). Os principais avanços com essa legislação é que a saúde foi reconhecida como dever do Estado, que a saúde efetiva-se a partir da formulação de políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos a doenças, a importância da sociedade e da família no processo de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, [1990]).

Outro fato histórico relacionado com a existência do Sistema Único de Saúde é a compreensão que a saúde é condicionada e determinada por fatores de cunho social, que vão impactar diretamente na sua plena execução:

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica de um país. Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo

anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990)

A partir de sua promulgação o SUS passa a contar com três princípios doutrinários: Universalidade, Integralidade e a Equidade. Esses são compreendidos como:

**Universalidade.** É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

**Equidade.** É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

**Integralidade.** É o reconhecimento na prática dos serviços de que: Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 4-5).

Pensar nesses princípios, na contemporaneidade, em que o direito à saúde pública é preconizado há mais de vinte anos, acarreta dificuldade em mensurar a importância e o significado dos princípios norteadores do SUS. Contudo, tais princípios resumem um processo de luta e de reivindicação popular realizado por toda uma geração de profissionais, usuários e intelectuais que ousaram propor uma saúde pública mais equânime.

Quando o movimento de reforma sanitária propôs o entendimento de universalidade, rompeu com a perspectiva de acesso à saúde apenas para quem pode arcar com os custos desses serviços. A universalidade eleva a saúde a patamar de direito, que deve ser garantido pelo Estado, reconhecendo-se a si a existência de vulnerabilidades, inequidades e a necessidade e que o poder público deve responsabilizar-se pela oferta deste serviço. Além disso, temos, pela primeira vez, a ampliação dos serviços de saúde para as populações rurais, objetivando assim maior igualdade de acesso entre os moradores do campo e da cidade.

A equidade passa a reconhecer a importância de todos os níveis de complexidade que compõe o sistema de saúde. Até então, havia um excesso de valorização dos serviços oferecidos pelos hospitais e pela alta complexidade. O

princípio da equidade assegura a rede básica o papel de porta de entrada dos serviços de saúde. Amplia-se assim a preocupação com a prevenção e com a saúde das comunidades, uma vez que a territorialização dos serviços aproxima as equipes de saúde das periferias e partes da cidade que antes estavam relegadas ao segundo plano.

E, finalmente, ao propor a integralidade passa a considerar os sujeitos como um todo, com suas particularidades pessoais, sociais e comunitárias. Da mesma forma, às necessidades de saúde de cada sujeito são levadas em consideração propiciando o ingresso aos serviços em qualquer um dos níveis de saúde disponíveis, adequados as suas demandas.

Considerando esses princípios norteadores, o Sistema Único de Saúde passa a contar com os seguintes objetivos:

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, [1990])

Sendo um dos objetivos do SUS a identificação e divulgação dos fatores determinantes e condicionantes da saúde<sup>2</sup> surge reconhecimento, por parte do Estado, no que se refere às inequidades sociais que se colocam como impactantes nas condições de promoção, recuperação e prevenção da saúde dos sujeitos. Entende-se que o processo de inequidades sociais formam-se intrinsecamente na sociedade capitalista, uma vez que o processo de exploração dos que vendem sua força de trabalho por aqueles que a compram é eixo principal desse modelo de sociedade e gerador de desigualdades. Contudo, mesmo no capitalismo é possível reverter em parte essas inequidades a partir de ações de políticas sociais e públicas, minimizando em parte essas desigualdades.

O segundo objetivo do SUS também se direciona nesta mesma linha. O parágrafo primeiro do artigo segundo da lei 8.080 de 1990 relata que dentre os deveres pertinentes ao Estado está à reformulação e execução de políticas de cunho econômicas e sociais que objetivem a redução de riscos de doenças. Para

---

<sup>2</sup> Os diferentes conceitos e entendimentos existentes sobre Determinação Social da Saúde serão discutidos no capítulo 4.



tanto é necessário garantir o acesso universal na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, [1990]). Desta forma, a legislação reitera a importância do fazer saúde para além dos serviços prestadores de saúde. Mostra-se necessária uma articulação do campo social e econômico bem como uma prática intersetorial entre os diferentes serviços destinados a população. Intersetorialidade compreendida por

uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança Alimentar e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/idéia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 129-130)

Ou seja, a intersetorialidade configura-se como uma rede complexa dos diversos serviços necessários para manutenção das necessidades de uma determinada população. O processo de trabalho intersetorial entre as diversas políticas sociais pressupõe o entendimento de incompletude existente em todas elas e a necessidade de complementação constante entre os serviços.

O terceiro objetivo complementa os outros dois, pautando-se na importância da assistência aos sujeitos e da prevenção nos serviços de saúde. A própria organização do Sistema Único de Saúde, que dá prioridade ao atendimento na atenção básica (realizada através das Unidades Básicas de Saúde – UBSs e Estratégia de Saúde da Família – ESF) procurando que o enfoque na média e alta complexidade (atendimento ambulatorial e hospitalar) seja reduzido ao estritamente necessário.

A fim de potencializar os atendimentos realizados pelos ESF, o Ministério da Saúde criou em 2008, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 7). O NASF caracteriza-se por ser

uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. O Nasf deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 10-11)

Observa-se que o direcionamento do NASF vai ao encontro das diretrizes presentes na Lei 8.080 de 1990 que organiza o SUS, estabelecendo a atenção primária em saúde como porta de entrada do sistema e potencializando a saúde a partir do território em que ela é produzida. Observa-se novamente a importância da intersetorialidade e da interdisciplinariedade na produção da saúde, uma vez que o trabalho dos núcleos deve reconhecer a incompletude dos profissionais e das políticas, articulando o maior número de áreas do saber e de serviços possíveis.

Para além de seus objetivos e princípios colocados de forma teórica, em legislações, orientações, normas técnicas etc. o SUS se materializa cotidianamente na vida de usuários, profissionais, das mais variadas áreas, e gestores. Em 2010 a presença do SUS no cotidiano das pessoas foi avaliada através do Sistema de Indicadores de Percepção Social – SIPS aplicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. A pesquisa sobre percepção social é realizada de forma domiciliar e destina-se a avaliação de diversas áreas dentre elas a saúde (IPEA, 2011, p. 03). Abordam-se alguns desses aspectos práticos sobre a utilização dos serviços de saúde a partir dos resultados obtidos através do SIPS.

Interessante ressaltar que os serviços destinados pelas ESF foram os que receberam a maior proporção de opiniões positivas dentre todos os serviços de saúde, uma vez que em todo o “Brasil, 80,7% dos entrevistados que tiveram seu domicílio visitado por algum membro da Equipe de Saúde da Família opinaram que o atendimento prestado é muito bom ou bom”. (IPEA, 2011, p. 05) Uma vez que o atendimento prioritário para o SUS, e também porta de entrada para os serviços, é a rede básica pode-se entender que esse objetivo previsto pela política pública de saúde vem se efetivando, com base nos níveis de aprovação dos usuários.

Ainda considerando as opiniões positivas observa-se que

A distribuição gratuita de medicamentos no SUS foi qualificada como muito boa ou boa por 69,6% dos entrevistados e como ruim ou muito ruim por 11,0% destes. O atendimento por médico especialista no SUS foi o terceiro serviço com maior proporção de opiniões positivas: 60,6% dos entrevistados que utilizaram ou acompanharam alguém que utilizou opinaram que esse serviço é muito bom ou bom, enquanto 18,8% o consideraram ruim ou muito ruim. (IPEA, 2011, p. 06)

Ressalta-se aqui uma complementariedade entre os serviços que foram bem avaliados através do SIPS. Ao lado das ESFs, foram bem avaliados o atendimento médico especializado e o fornecimento gratuito de medicações. Observa-se uma complementariedade, pois tanto a rede básica quanto os serviços especializados de saúde (média e alta complexidade) encontram-se presentes nos serviços de saúde com melhor avaliação. Com base nos dados desse estudo, pode-se afirmar que há uma busca na integração dos serviços da política, havendo um entendimento positivo por parte da população nessa concretização.

Além das avaliações positivas a pesquisa analisou os aspectos negativos observados pelos usuários do SUS e seus familiares acompanhantes:

O atendimento prestado em centros e/ou postos de saúde e o atendimento de urgência ou emergência foram os serviços com as menores proporções de qualificações positivas. O atendimento em centros e/ou postos de saúde recebeu a menor proporção de qualificações como muito bom ou bom (44,9%) e a maior proporção de qualificações como ruim ou muito ruim (31,1%), dentre os serviços pesquisados. Dentre os entrevistados que utilizaram ou acompanharam alguém de sua família em um atendimento de urgência ou emergência, 48,1% consideraram que o atendimento é muito bom ou bom, e 31,4% qualificaram o atendimento como ruim ou muito ruim. (IPEA, 2011, p. 06).

Ainda que os índices de integração estejam se consolidando, observa-se dificuldades de articulação entre os próprios níveis de atenção a saúde. Mesmo havendo boa avaliação dos serviços das ESF houve alto índice de avaliação negativa aos postos e centros de saúde (UBS). Além disso, as emergências e urgências também não obtiveram bons resultados através da pesquisa do IPEA. A contradição denuncia que existe fragilidade no dialogo direto entre a Estratégia Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde, bem como as urgências / emergências deve ser a porta de entrada para os serviços especializados de saúde.

Ainda dentro dessa pesquisa, foi questionado aos usuários qual era o principal ponto positivo existente no SUS. Em 52,7% das respostas dos entrevistados foi referenciado o acesso gratuito aos serviços (IPEA, 2011). Entende-

se que, rompendo com a história da saúde pública brasileira, a gratuidade e universalidade da saúde, entendida como direito e não como produto, ainda é aspecto essencial para a população brasileira usuária desses serviços. Contudo, cada vez mais a saúde apresenta-se como um mercado lucrativo. Tal fato, associado ao ideário neoliberal cada vez mais presente na sociedade capitalista e brasileira, temos fortes ameaças as políticas públicas. O risco do fim do SUS será abordado no próximo subitem.

### 2.3. O FIM?

O presente subitem apresenta-se com um questionamento e ao mesmo tempo como uma temeridade para os defensores da saúde pública. A possibilidade do fim do Sistema Único de Saúde nunca foi tão presente. Em tempos de “desmonte” das políticas sociais, em que se observa o incentivo ao fomento e manutenção da saúde privada e da previdência social privada, bem como a culpabilização pela situação de pobreza em relação aos usuários da política de assistência social, encontramos muito próximos não tão somente do fim da política de saúde pública, mas do fim do tripé da seguridade social como um todo.

Tal ideário que identifica os serviços e direitos sociais como produtos é compreendido como neoliberalismo. O neoliberalismo

se expressa, de um lado, na naturalização do ordenamento capitalista e das desigualdades sociais a ele inerentes tidas como inevitáveis, obscurecendo a presença viva dos sujeitos sociais coletivos e suas lutas na construção da história; e, de outro lado, em um retrocesso histórico condensado no desmonte das conquistas sociais acumuladas, resultantes de embates históricos das classes trabalhadoras, consubstanciadas nos direitos sociais universais de cidadania, que têm no Estado uma mediação fundamental. As conquistas sociais acumuladas são transformadas em “problemas ou dificuldades”, causa de “gastos sociais excedentes”, que se encontrariam na raiz da crise fiscal dos Estados. (IAMAMOTO, 2009, p. 163)

Nessa perspectiva o neoliberalismo entende os serviços estatais e as políticas sociais como gastos desnecessários. O papel do Estado passa de mantenedor dos serviços sociais para a população ao papel de servo do mercado. O Estado deve servir aos interesses do mercado. É possível observar um desmonte dos serviços públicos conquistados pelos sujeitos até então. Surge o terceiro setor, nem Estado, nem mercado, tornando-se responsável por aquilo que o Estado não tem mais obrigação de dar conta.

No final dos anos 80 e início dos anos 90 a sociedade capitalista deparou-se com uma re-atualização do ideário liberal, denominado de neoliberalismo. A re-atualização desse pensamento se dá devido o aumento de dívidas públicas e privadas, os protestos da juventude, e uma nova recessão (BEHRING, 2009). Esses foram

os sinais contundentes de que o sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada à proteção social havia terminado no capitalismo central e estava comprometido na periferia do capital onde não se realizou efetivamente (BEHRING, 2009, p. 24).

O rompimento com um capitalismo regulado e com o Welfare State (Estado de Bem-Estar Social), que vinham norteando a economia e as políticas sociais desde a década de 60, possibilitou aos neoliberais começar uma campanha a favor desse pensamento. Comumente a defesa ao ideário neoliberal se dá justificado pelo crescimento econômico, uma vez que a culpa pela crise seria do Estado, incapaz de manter as contas em dia, e dos sindicatos e movimentos sociais, que a partir de suas pressões ao Estado aumentam os salários.

O neoliberalismo traz novamente à tona a culpabilização dos sujeitos por suas condições sociais. A mística de que todos têm liberdade para fazerem o que querem e conquistar o que querem torna-se cada vez mais viva. Aqueles que não “vencem” na vida, não o fazem porque não querem. A mídia tem papel importante na reprodução desse ideário, reproduzindo diariamente nos meios de comunicação que “basta querer, para poder”.

O Projeto Neoliberal realiza “uma campanha” de promoção do Estado mínimo (mas forte o suficiente para servir ao capital) dando ao segundo e ao terceiro setor a função de mantenedores das necessidades e demandas dos cidadãos através da execução de políticas sociais. Dessa maneira, constantemente depara-se com a execução de projetos e políticas fragmentados, focalizados, tendo como motivações ações solidárias e executadas com práticas assistencialistas. Afasta-se assim a perspectiva universalizante, igualitária e integral das políticas sociais entre elas a saúde. As políticas sociais “competem” cotidianamente com as ofertas do mercado. Saúde pública versus saúde privada, Previdência Social versus Previdência Privada, Política de Assistência Social versus práticas caritativas do mercado e de ONGs.

Soares exemplifica bem as consequências do neoliberalismo na realidade brasileira

No que diz respeito à desregulamentação da economia, a abolição pura e simples da regulação por parte do poder público tem levado ao chamado darwinismo de mercado, cujas consequências sobre uma estrutura extremamente desigual como a brasileira, tanto do ponto de vista do capital como do trabalho, são, mais uma vez, o fortalecimento dos mais fortes e a evidente impossibilidade da livre concorrência por parte dos mais fracos. Assim, propostas como a livre negociação, não passam de uma mera retórica. Some-se a isto o agravamento dessa desigualdade pela recessão e o discurso “liberal” beira as raízes do cinismo. (SOARES, 2000, p. 42)

A “livre” concorrência proposta pelos liberais, nunca poderá ser de fato de igual para igual em uma sociedade que tem como característica a produção de desigualdades. As classes populares acabam em piores condições de competir com as classes dominantes pelo simples fato de, em muitos momentos, não conseguirem acessar os serviços essenciais para a sobrevivência. No caso de políticas universais como a educação básica e a saúde, acabam acessando serviços menos qualificados do que os do mercado, devido ao próprio desmonte gerado pelo neoliberalismo. Esse ciclo vicioso se mantém.

Pode-se dizer que na atualidade o status quo, reforçado pela mídia, faz com que deparemo-nos com duas políticas de saúde: A saúde pública, das filas, das macas nos corredores, do não atendimento, do sofrimento, da dor, da desesperança e do caos. E a saúde privada: do fácil acesso, dos bons profissionais, do bom atendimento, do cuidado, da tecnologia de ponta e da efetividade. Certamente seria de extrema falta de senso crítico afirmar que a saúde pública não tem problemas. É sabido que a saúde pública precisa de uma série de avanços para sua plena efetivação. Contudo também seria de extrema falta de senso crítico afirmar que a saúde privada é perfeita, quando também se sabe que ela não o é, e que seus serviços não cobrem muitos dos atendimentos que os sujeitos precisam.

Bravo (2009) irá dizer que existem dois projetos de saúde na atualidade: o projeto de reforma sanitária, que foi amplamente debatido com a sociedade civil e construído a partir das demandas e interesses da classe trabalhadora e o projeto de saúde privatista, ligado ao mercado e que tem ganhado espaço desde a década de noventa. A grande defesa da saúde privada acompanha um SUS que nem ao menos conseguiu sair do papel de forma plena, e que já foi sendo atacado pelo mercado sem nem ao menos de fato conseguir se consolidar. Pode-se observar também que

O sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público/privada financiada sobretudo por recursos

privados. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento. (PAIM et al., 2011, p. 19)

Tendo por base o autor pode-se observar que as diferenciações dos serviços públicos e privados não ocorrem de forma simples. Tais serviços encontram-se plenamente articulados entre si, podendo haver financiamento de espaços privados com recursos públicos e espaços públicos que convivem com serviços públicos e privados simultaneamente. Tal processo acaba por criar duas portas de entradas nos serviços de saúde, em especial os de média e alta complexidade, havendo discrepâncias no atendimento para os usuários dos SUS e para os usuários dos convênios e particulares.

A coexistência dos serviços privados e públicos de saúde acaba por contradizer um dos princípios do SUS mais elementares que é a universalidade de acesso. Como bem aponta PAIM et al.

o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. Segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde. (PAIM et al., 2011, p. 28)

Comungando com a opinião do autor, entende-se que a disputa entre a saúde pública e privada, tem sido bastante desigual. A privatização dos serviços de saúde é amplamente assegurada pelo projeto neoliberal existente, que reforça a ideia de mercantilização dos direitos. Observa-se um grave retrocesso nesses mais de vinte anos de SUS, uma vez que a superação da necessidade de pagar pelos serviços de saúde e conseqüentemente seu reconhecimento enquanto direito foi uma das características mais emblemáticas garantidas pelo SUS. Acaba por perder toda a sociedade que poderia beneficiar-se unicamente com serviços públicos de saúde, garantidos igualitariamente.

Entende-se que “o fim” da política pública de saúde é um risco que toda a sociedade brasileira corre. Inclusive os sujeitos que pensam não serem usuários do

SUS. A partir do momento que existem órgãos públicos responsáveis pela fiscalização de produtos alimentícios e da água e que esses órgãos são ligados ao SUS (como a vigilância sanitária, por exemplo) todos são seus usuários. A fim de minimizar as refrações sofridas pelo ideário neoliberal é necessário que se retome os exemplos de luta existentes na década de setenta e oitenta e se utilize dos aparatos de controle social existentes na atualidade (conferências, fóruns, conselhos etc.) a fim de preservar as conquistas adquiridas.

Além disso, o próprio Ministério da Saúde vem propondo ações de defesa da Política de Saúde Pública. A Portaria GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 promulgou o “Pacto pela Saúde”. Tal pacto objetiva a constante avaliação da política de saúde, no que concerne o alcance de seus objetivos referente a três grandes ênfases: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS, Pacto de Gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2006]).

O Pacto pela Vida “está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2006]). O pacto pela vida tem como ênfase a Saúde do Idoso, Câncer de Colo de Útero e de Mama, Mortalidade Infantil e Materna, Doenças Emergentes e Endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza, Promoção da Saúde e Atenção Básica à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2006]). Observa-se que o pacto pela vida é o reconhecimento da existência de áreas e de patologias que merecem maior monitoramento e enfrentamento na saúde brasileira. Para tanto é fundamental o reconhecimento do território em que esses agravos se constituem.

Por sua vez, o pacto em defesa do SUS corresponde à realização de ações concretas que reafirmem os objetivos e princípios existentes nessa política bem como sua defesa enquanto política de Estado fundamental. Da mesma forma o pacto pela Gestão do SUS objetiva definir de forma clara as responsabilidades de cada esfera (municipal, estadual e federal) no que concerne a gestão da política de saúde. Para isso é necessária a definição de responsabilidade sanitária de cada esfera gestora do SUS, o estabelecimento das diretrizes de gestão do SUS, reiterando a importância do controle e participação da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2006]).



O Assistente Social, como um dos trabalhadores da saúde (reconhecido pela Resolução nº 218, de 6/3/1997 do Conselho Nacional de Saúde) e profissional que se pauta pela garantia intransigente dos direitos sociais dos cidadãos, também possui responsabilidade no processo de implementação plena e na consolidação da política de saúde. Contudo sabe-se que a realidade cotidiana não é fácil, uma vez que as instituições são marcadas por práticas burocratizadas, imediatistas, hierárquicas o que acaba dificultando a operacionalização do SUS constitucional. No próximo capítulo discutiremos os limites e os desafios vivenciados pelos Assistentes Sociais na política de saúde.

FIGURA 02: CHARGE DE IVAN CABRAL (2008).



Fonte: CABRAL (2008).

Na charge de Cabral (2008) observa-se a crítica as condições de trabalho e principalmente critica as condições salariais dos trabalhadores da saúde. Ao representar a aplicação de soro no bolso do jaleco do profissional entende-se que o autor ironiza a necessidade de remuneração justa aos profissionais da saúde. Além disso, o autor ratifica a importância e o direito a greve garantido a todas as classes profissionais.

### 3 AS TRANSFORMAÇÕES DO MUNDO DO TRABALHO E OS IMPACTOS NO TRABALHO NA SAÚDE.

*Mais um dia de trabalho querido diário / Eu ralo feito otário e ganho menos do que eu valho, mas necessito de salário que é bem menos que o necessário [...] / Porque o meu único ganha-pão é esse meu suor [...]*

**Gabriel, o Pensador.**

O trecho da música “Pão de Cada Dia” de Gabriel, o Pensador remete para os desafios vivenciados pela classe trabalhadora em seu cotidiano. A primeira grande dificuldade é a inserção no mercado de trabalho. A necessidade de garantir o “pão de cada dia” amplia e acirra a disputa entre os membros de uma mesma classe na busca pelo emprego que possa subsidiar, mesmo que minimamente, suas necessidades.

Longas jornadas de trabalho, condições precárias, baixas remunerações, desvalorização e falta de investimento em capacitações e aprimoramentos, são realidades vivenciadas pela grande massa dos trabalhadores assalariados. O trabalhador da Política de Saúde também vivencia essa dura realidade, tendo como particularidade a responsabilidade que lhe cabe de cuidar da vida humana.

Neste capítulo pretende-se discutir a categoria trabalho, tendo como referencial epistemológico norteador a Teoria Dialética Crítica de Marx. Discute-se essa categoria e suas particularidades na sociedade Capitalista. Procura-se também identificar e debater as particularidades vivenciadas pelo trabalhador da saúde. Por fim, debate-se a inserção do Assistente Social enquanto trabalhador da saúde. Quais as esferas de atuação profissional dentro da política de saúde? Quais os desafios vivenciados para concretização do trabalho?

### 3.1 (RE) PENSANDO O ENTENDIMENTO DE TRABALHO.

Trabalho é um termo que está tão arraigado em nosso cotidiano que se passa a não questioná-lo como deveria. Comumente as expressões trabalho e emprego caminham como sinônimos. Trabalho torna-se aquela atividade que todos precisam fazer, independente do que tenham que se submeter para isso, com vistas a garantir sua subsistência. Para Marx, a categoria trabalho assume um caráter muito mais importante e transformador para o ser humano. Ele demonstra isso com essa passagem de “O Capital”:

O trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla o seu intercambio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica a sua própria natureza. (MARX, 1983, p. 202)

Compreende-se trabalho então como o esforço intelectual e físico impulsionado pelo homem, em um processo constante de troca com a natureza. Pode-se afirmar que o trabalho é agente transformador a partir do momento que o homem transforma a natureza na busca pela elaboração de instrumentos e produtos uteis para sua existência, além de transformar a si mesmo, pois se entende que ao realizar o trabalho e transformar a natureza o homem adquire novos conhecimentos, utilizados numa evolução constante da humanidade.

Na sociedade contemporânea, rodeada de artifícios tecnológicos e digitais, é difícil imaginar a transformação da natureza pelo homem proposta por Marx, o que pode ocasionar o falso entendimento de que este conceito seria desatualizado. Contudo, ao pensar numa perspectiva histórica, toda a evolução tecnológica a qual o homem se depara na contemporaneidade é resultado de um processo de transformação e evolução do trabalho humano. Para, além disso, pode-se pensar que até mesmo os aparatos tecnológicos possuem componentes que não existiriam sem a matéria prima que se encontra na natureza, muito menos sem o processo de ação humana para sua constituição.

Tendo em vista o entendimento de trabalho pode-se dizer que o processo de trabalho é composto por uma atividade adequada para um determinado fim, ou o próprio trabalho; pela matéria na qual é aplicada o trabalho, ou o objeto do trabalho

a ser desenvolvido e também pelos meios pelos quais o trabalho será desenvolvido e os instrumentais que o compõe (MARX, 1983).

Esta atividade adequada a um fim é compreendida como a energia que se emprega tendo uma determinada finalidade, um objetivo. É interessante aqui destacar a diferença existente entre matéria e objeto. Objeto é “todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata pela natureza” (MARX, 1983, p. 203). Matéria, por sua vez, ocorre “se o objeto de trabalho é, por assim dizer, filtrado através de trabalho anterior” (MARX, 1983, p. 203). Ou seja, o objeto é extraído diretamente do meio natural e a matéria pode ser compreendida como um objeto que já sofreu intervenção com algum trabalho. Por fim, os instrumentais não podem ficar presos a uma concepção limitada de técnicas e instrumentos. Deve-se reconhecer o conhecimento, a teoria e a capacidade de utilizá-los como parte integrante dos instrumentais.

Marx salienta também a capacidade do ser humano enquanto planejador do produto que deseja alcançar com o seu trabalho. Diz ele que

no fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem que subordinar sua vontade. (MARX, 1983, 202)

A capacidade humana, destacada por Marx de conseguir elaborar no plano das ideias o objetivo que espera alcançar com o seu trabalho é essencial, pois desta maneira o trabalhador se enxerga no processo de produção e no produto que foi realizado por ele. Dessa forma o trabalhador é realmente parte integrante do processo e se reconhece naquilo que produziu. O produto é a síntese final e concreta da objetivação humana, bem como de sua capacidade prática em constituir aquilo que almejou.

Esse processo descrito por Marx da capacidade humana de planejar o seu trabalho e realizar esse intercâmbio de transformação recíproca entre ser humano e natureza ocorre como processo intrínseco do homem. É necessário ao homem, ao longo dos séculos, produzir através do trabalho os instrumentos e os meios para garantir a sua subsistência. O trabalho visto desta forma pode ser entendido como estando em sua forma mais “pura”, ou seja, não interligado ao estabelecimento de um modelo de sociedade.

Contudo, o trabalho condicionado pela sociedade capitalista possui algumas particularidades que o afastam da forma inicial no qual ele se apresenta. Uma das características mais marcantes da sociedade capitalista é o embate existente entre a classe trabalhadora e a classe burguesa:

A condição essencial para a existência da classe burguesa é a concentração de riqueza nas mãos de particulares, a formação e a multiplicação de capital; a condição de existência do capital é o trabalho assalariado. Este se baseia na concorrência entre os trabalhadores. (MARX; ENGELS, 1998, p. 20)

O trabalho na sociedade capitalista vem acompanhado de uma diferença bastante marcante: é assalariado. O assalariamento pressupõe a troca de um determinado valor pela realização de determinado trabalho. O autor enfatiza também que a existência de uma classe depende da outra. Ambas só podem coexistir. O fim da burguesia pressupõe o fim da classe trabalhadora e vice versa. Outra característica essencial é a exploração do homem pelo homem na busca do lucro. Isso pode ser observado no seguinte trecho

O trabalhador trabalha sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho. O capitalista cuida em que o trabalho se realize de maneira apropriada e que se apliquem adequadamente os meios de produção, não se desperdiçando a matéria-prima e poupando-se o instrumental do trabalho, de modo que só se gaste deles o que for imprescindível à execução do trabalho. Além disso, o produto é propriedade do capitalista, não do produtor imediato, o trabalhador. (MARX, 1983, p. 209)

Ou seja, o trabalho realizado pelo trabalhador não é mais compreendido como dele, característica essencial ao trabalho “puro”. Tendo que vender sua força de trabalho para o detentor dos meios de produção o trabalhador é visto como mais um meio componente do processo de trabalho e não como sujeito e principal agente que realiza o trabalho. Ao pensar no trabalhador da saúde, que se encontra intimamente ligado a um tipo de trabalho que pressupõe o cuidado ao outro, verifica-se que na sociedade capitalista, uma prática que por excelência deveria ser humanizada esta condicionada a exploração, desumanização, individualidade etc.

Além disso, o trabalhador torna-se alienado ao produto do seu trabalho uma vez que, apesar de produzi-lo não o possui. Sobre a questão da alienação Marx explica que

o objeto produzido pelo trabalho, o seu produto, se lhe opõe como ser estranho, como um poder independente do produtor, como um poder independente do produtor. O produto do trabalho é o trabalho que se fixou num objeto, que se transformou em coisa física, é a objetivação do trabalho.

A realização do trabalho constitui simultaneamente a sua objetivação. A realização do trabalho aparece na esfera da economia política como desrealização do trabalhador, a objetivação como perda e servidão do objeto, a apropriação como alienação. (MARX, 1993, p. 159)

Dessa maneira o trabalhador torna-se objeto. Sua relevância se dá apenas na produção da mercadoria. E enquanto produz a mercadoria, mais longe se encontra de poder adquiri-la. O trabalhador encontra-se no mesmo patamar da máquina, uma vez que só é útil enquanto for produtivo. Assim como uma máquina que estraga, o trabalhador que já não produz como antes não é mais importante para o capitalista, sendo facilmente descartado. O capitalismo não vê alma, coração, fome e dor. O capitalismo vê produção ou falta de produção. E as relações humanas assumem caráter de relações entre coisas.

Existe também uma forte relação de dependência entre o trabalhador e o capitalista. Enquanto o trabalhador obriga-se a vender sua força de trabalho para o detentor dos meios de produção, não pode ser inteiramente independente. Isso ocorre porque “um ser só é independente quando dono de si mesmo, e só é dono de si próprio quando a si próprio deve a existência. [...] Vivo inteiramente do favor do outro, quando lhe devo não só a manutenção da minha vida, mas também a sua criação” (MARX, 1993, p. 203).

Nessa necessidade de vender sua força de trabalho para sobreviver o integrante da classe operária não é plenamente livre. Sua subsistência dependerá do salário que é adquirido através da venda do seu trabalho. Contraditoriamente, o capitalista também depende do trabalhador, pois, é apenas através da exploração deste que o detentor dos meios de produção pode produzir a mercadoria e adquirir a mais-valia. É nesse embate e nessa interdependência que a classe operária adquire conquistas no que diz respeito aos seus direitos e condições mais dignas. De qualquer forma, ainda é necessário que a classe trabalhadora garanta sua subsistência, pois,

o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que todos os homens devem estar em condições de viver para poder “fazer história”. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter moradia, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro fato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam que haja a satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato esse é um ato histórico, uma exigência fundamental de toda a história, que tanto hoje como há milênios deve ser cumprido cotidianamente e a toda hora, para manter os homens com vida. (MARX; ENGELS, 2004, p. 53)

Para almejar que a classe trabalhadora organize-se e adquira um nível de consciência capaz de questionar o modo de produção da sociedade em vigência é preciso antes que esta garanta os básicos essenciais para a sua subsistência. Como bem apontam Marx e Engels, é preciso comer, beber, morar, vestir-se. E se acrescenta ter saúde, educação, renda, lazer, acesso a cultura entre tantos outros fatores que são essenciais para atender as necessidades básicas dos sujeitos. É só a partir disso, que os sujeitos poderão fazer história e se tornarem independentes.

Uma das falácias muito difundidas é que o trabalhador seria livre para vender sua força de trabalho. Ora, mas que liberdade é essa em que você vende sua força de trabalho para garantir sua subsistência ou não vende e morre de fome? Esse é apenas um embuste que se utiliza para reproduzir uma falsa ideia de liberdade na sociedade capitalista. Sobre isso Marx informa que

o trabalhador em relação ao patrão não se encontra de forma nenhuma na situação de vendedor livre... o capitalista é sempre livre para empregar o trabalho e o operário vê-se obrigado a vendê-lo. O valor do trabalho fica completamente destruído se não for vendido a todo o instante. O trabalho não pode ser acumulado nem poupado, ao contrário das autênticas mercadorias. O trabalho é vida e se a vida não for todos os dias permutada de alimento depressa sofre danos e morre. (MARX, 1993, p. 116)

Ao dizer que o trabalho é vida, conclui-se certamente que o trabalho na sociedade capitalista é o mesmo que uma vida explorada, onde os sujeitos têm toda a capacidade física e intelectual presente nas suas vidas dominadas por outrem. Se trabalho é vida, o trabalhador que se vê obrigado a vender sua força de trabalho, obriga-se também a vender sua própria vida com o contraditório objetivo de mantê-la. Que liberdade é essa em que uma classe (majoritária) é obrigada a vender sua própria vida para continuar existindo? Qual é o preço que se paga para existir no capitalismo? O preço é alto. É a própria vida.

Ainda nesta mesma lógica na obra “A Questão Judaica” Marx reflete a questão da possibilidade da emancipação humana. Conclui ele, que na sociedade capitalista é possível alcançar apenas o estágio da emancipação política, que embora seja importante, uma vez que tal emancipação garante a população poder opinar minimamente nos rumos a serem tomados na sociedade. Contudo, a emancipação humana requer outro estágio de consciência e só poderá ocorrer na existência de outra sociedade, com outro modo de produção (MARX, [2011])

Outro aspecto que se mostra fundamental para entender a categoria trabalho é as diferenças entre trabalho abstrato e trabalho concreto. Marx (2008) reitera que



o trabalho que cria valor de troca, entendido como o trabalho abstrato, é um trabalho especificamente social. Isso porque se dá na inter-relação entre os sujeitos e em um contexto pré-estabelecido. O autor explicita isso com o exemplo do alfaiate:

O trabalho material do alfaiate [...] considerado como atividade produtora particular, produz efetivamente o traje, mas não o valor de troca do traje. Produz esse valor não porque seja trabalho de alfaiate, mas sim porque é trabalho geral abstrato, e este se articula com um conjunto social que o alfaiate não construiu. (MARX, 2008, p. 63)

Com esse trecho é possível apreender o diferencial entre o trabalho abstrato e o trabalho concreto. Enquanto produção própria, que não se insere em um contexto social maior, o trabalho empregado é apenas atividade própria e intrínseca do homem, caracterizando-se como trabalho concreto gerador de valor de uso. Agora quando o trabalho gera uma mercadoria que entra no processo de circulação, ou seja, a mercadoria se insere em um contexto social maior, temos trabalho abstrato gerador de tempo de trabalho que gera valor de troca (MARX, 2008).

Pode-se dizer que embora atividade intrínseca do homem, o trabalho poderá manifestar-se de duas formas bastante distintas. Pode ser um trabalho que não objetiva a criação de uma mercadoria, que será apenas de uso restrito as necessidades do trabalhador ou poderá ser trabalho empregado com o objetivo de criação de uma nova mercadoria, que pressupõe sua venda e a aquisição de lucro por parte do capitalista. Pensando no trabalho que gera valor de troca é possível observar que

o trabalhador torna-se mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador torna-se uma mercadoria tanto mais barata, quanto maior número de bens produz. Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. (MARX, 1993, p. 159)

Embora seja o grande produtor das riquezas da sociedade, o trabalhador encontra-se cada vez mais a margem do que produz. Porém, apesar de todas as desigualdades que enfrenta a classe trabalhadora possui o papel de contestadora da realidade vigente. É a partir de um embate direto de contestação do instituído que pode haver modificações estruturais radicais.

Contudo, a própria sociedade capitalista constrói artifícios para a desunião da classe trabalhadora. Nessa sociedade individualista e separatista, em que os trabalhadores obrigam-se a competir entre eles mesmos na busca pela inserção no

mercado de trabalho torna-se muito difícil a efetivação de lutas coletivas que busquem ideais comuns.

Porém, é necessário que essas características individualistas sejam pouco a pouco ultrapassadas. É necessário compreender a importância de uma paciência histórica, no que concerne a união efetiva da classe trabalhadora, pois este é um processo lento e que não pode ser aguardado de imediato. Mas é preciso ter consciência que “o primeiro passo da revolução dos trabalhadores é a ascensão do proletariado à situação de classe dominante, ou seja, a conquista da democracia” (MARX; ENGELS, 1998, p. 27).

Para que possa ser pensada a criação de uma nova ordem societária é necessário modificar as bases que fundamentam essa sociedade: o trabalho explorado. É necessário que um grande número de sujeitos apreenda o real significado de trabalho, como atividade transformadora, libertadora capaz de garantir os básicos necessários para cada cidadão. É preciso romper com a lógica do trabalho explorado, vendido por um mínimo incapaz de garantir as mínimas condições de vida para os sujeitos.

Como afirma Marx e Engels “que as classes dominantes tremam diante de uma revolução comunista. Os proletários não têm nada a perder nela, além de seus grilhões. Têm um mundo a conquistar” (MARX; ENGELS, 1998, p. 41). Entende-se que tal processo de rompimento com uma sociedade exploradora, para uma sociedade mais igualitária, depende do processo de tomada de consciência por parte da classe trabalhadora de seu papel fundamental nesta sociedade. Isso ocorre a partir das mais diversas formas de organização social e popular, onde possa ser discutida a forma de sociedade em que se vive e de que forma esta pode ser transformada.

### 3.2 O TRABALHADOR DA POLÍTICA DE SAÚDE

O trabalho desenvolvido pela política de saúde possui uma série de características próprias, condicionadas pelo nível de complexidade que é desenvolvido, bem como as diferentes áreas profissionais que estão envolvidas para realizar determinado trabalho. O trabalho realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI, em um hospital e o trabalho realizado em uma sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde estão inseridos dentro da mesma política, mas

exigem competências profissionais completamente diferentes para a realização de ambos os trabalhos, não significando que uma das atividades é mais ou menos importante do que a outra.

Ao longo do processo de reformulação, implantação e consolidação do SUS, observou-se a necessidade de efetivar diretrizes de recursos humanos para a política de saúde. Em 1998 o Conselho Nacional de Saúde – CNS aprovou o documento intitulado “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH–SUS)” consolidando e regulamentando a organização do trabalho na política de saúde. Em 2005 surge novo avanço, uma vez que as diretrizes de trabalho são somadas as diretrizes de educação na saúde incorporando assim a “Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS”. Esse documento reconhece que a Gestão do Trabalho no SUS inicia-se ainda nas universidades e centros de ensino que formam esses trabalhadores.

O processo de gestão do trabalho de saúde era complexo antes mesmo do surgimento da lei nº 8.080 em 1990. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal e da seção saúde (artigos 196 ao 200), tem-se dificuldades em agregar os diferentes servidores, de diferentes instituições a essa nova política:

Os problemas gerados pelos diferentes regimes de contratação existentes em 1988 (servidores das diferentes esferas de governo – e de diferentes órgãos –, de uma ou várias instituições da administração indireta – autarquias, institutos e fundações – e terceirizados, originados das propostas de trabalho em parcerias e da tentativa de se implantar as Ações Integrais de Saúde (AIS), lotados em um mesmo local de trabalho nos serviços de saúde, recebendo salários, vantagens e benefícios diferenciados), quando da elaboração da Constituição Federal, foram agravados pela não implementação do Regime Jurídico Único e, posteriormente, pela sua extinção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 19)

A não implementação de Regime de Trabalho Único ainda em 1988 criou precedente para dificuldades de trabalho vivenciadas ainda hoje, como: diferenciações salariais para profissionais de uma mesma categoria, inexistência de planos de carreira, números insuficientes de profissionais, contratações flexibilizadas que não garantem plenos direitos aos trabalhadores, entre outros.

A promulgação do documento Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH–SUS) procura amenizar as falhas e dificuldades geradas desde o início da promulgação da política de saúde onde, infelizmente, não foi instituído o regime único de trabalho. Um dos

elementos mais importantes presentes nesse documento é a obrigatoriedade de cargos criados através de leis, quando tratar-se de serviço público, que devem ser preenchidos obedecendo à classificação em concurso público para sua efetivação. Da mesma forma, quando tratar-se de serviço privado de saúde, a contratação dos trabalhadores será realizada, preferencialmente, através de seleção pública que respeite os parâmetros estabelecidos pelo SUS e que garantam a qualidade e eficiência dos serviços prestados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [2005]).

Outro avanço essencial da NOB/RH – SUS é a regulamentação dos Planos de Carreira, Cargos e Salários – PCCSs:

Os Planos de Carreira, Cargos e Salários abrangem todos os trabalhadores que participam dos processos de trabalho do SUS, desenvolvidos pelos órgãos gestores e executores de ações e serviços de saúde da Administração Pública Direta e Indireta, das três esferas de governo, incluindo-se as Agências Executivas, as Organizações Sociais, onde houver os Consórcios Intermunicipais de Saúde e os trabalhadores dos órgãos públicos de ensino e pesquisa na área da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 45).

Os planos de carreira pautam-se pela equidade, um dos princípios básicos do SUS e procura corrigir a inexistência de um plano de carreira único, como já exposto anteriormente. Interessante salientar que tal medida não faz diferenciações entre os trabalhadores dos serviços públicos e privados de saúde, propondo que as vantagens e salários sejam iguais para ambas às categorias de trabalhadores.

Uma vez que a NOB/RH – SUS integra-se a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, surge à necessidade de pensar os processos formativos desses trabalhadores. Isso no que se refere a sua formação e em sua educação continuada:

Os programas institucionais de educação permanente devem prever a realização de avaliação do desenvolvimento do trabalhador do SUS, que deverá contemplar os diferentes níveis de formação, a complexidade da atividade desempenhada e o grau de responsabilidade técnica, considerando-se o modelo de atenção, o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial e as demais especificidades locais. Deverão ser utilizados indicadores de impacto dos processos de desenvolvimento sobre o atendimento à população (qualidade). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 59).

O processo de formação e de educação permanente para o trabalhador da saúde prevê como objetivo principal a qualidade no atendimento prestado para a população. Reitera-se aqui a importância dos centros de ensino, faculdades e

universidades e suas parcerias com os serviços de saúde a fim de viabilizar avaliações, estudos e pesquisas capazes de apontar os avanços que devem ser necessários aos trabalhadores e gestores da política.

A fim de compreender melhor as características apresentadas pelos trabalhadores da política de saúde o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE e o Ministério do Trabalho e Emprego – MTE lançaram em 2006 uma nota técnica intitulada “O trabalhador da saúde em seis regiões metropolitanas brasileiras”. Tal documento é resultado da Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED de 2004, realizada em seis capitais e suas respectivas regiões metropolitanas: Distrito Federal, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador e São Paulo. Essa nota técnica procura traçar um perfil com as principais características do trabalhador da saúde.

De forma bastante genérica o trabalhador da saúde é representado pela “predominância de mulheres, população trabalhadora mais velha, com destaque para a presença de indivíduos na faixa etária superior aos 25 anos, alta escolaridade, frequentemente com ensino superior concluído” (DIEESE, 2006, p. 03). Em relação trabalho realizado nos serviços de saúde, a pesquisa chama atenção para o crescimento do número de trabalhadores que desenvolvem atividades administrativas e a diminuição do número de trabalhadores que desenvolvem atividades diretas de cuidado aos usuários. Destacando os números de Porto Alegre, os trabalhadores administrativos aumentaram de 53,9% no ano de 1998 para 54,0% em 2004. Já os trabalhadores com cuidados diretos a saúde diminuíram de 44,6% em 1998 para 42,5% em 2004 (DIEESE, 2006).

O constante processo de privatização dos serviços de saúde, que veio se intensificando ao longo dos anos 1990, conforme discutido no primeiro capítulo, também reflete nas formas de admissão destes trabalhadores. Em Porto Alegre 35,2% dos trabalhadores da saúde encontravam-se nos serviços públicos e 50,9% estavam inseridos em serviços privados (DIEESE, 2006). Segundo a pesquisa encontram-se também diferenças salariais entre os servidores inseridos em serviços públicos e os servidores de serviços privados. Contudo, tais diferenciações não podem ser plenamente comprovadas, pois são atravessadas por outros fatores como “[...] as diferenças de escolaridade e de tempo de exercício profissional e, portanto, relacionadas a gradientes de produtividade, qualificação dos trabalhadores e progressão nas carreiras da saúde [...]” (DIEESE, 2006, p. 08).

Um forte indicador de que os trabalhadores de saúde se encontram com baixas remunerações é a necessidade de inserção em um segundo trabalho:

Grande parte dos trabalhadores possui altas jornadas e trabalho adicional, devido aos baixos rendimentos e à flexibilidade da jornada de trabalho e, em muitos casos, pela possibilidade de exercício autônomo da profissão, como é o caso dos médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, dentistas, dentre outros. (DIEESE, 2006, p. 11)

Embora exista a possibilidade de trabalho autônomo por algumas áreas profissionais, sabe-se que a maior parte dos trabalhadores da saúde encontra-se condicionado por precárias condições de trabalho e baixas remunerações, principalmente no que concerne os cargos de níveis fundamental e médio. Isso acarreta a busca por jornadas duplas e até mesmo triplas de trabalho.

### 3.3 O ASSISTENTE SOCIAL ENQUANTO TRABALHADOR DA POLÍTICA DE SAÚDE.

O profissional de Serviço Social encontra-se habilitado para exercer suas funções nos mais diversos espaços sócio ocupacionais, sejam esses espaços Públicos, Privados ou do Terceiro Setor. O que configura a atuação do Serviço Social, independente do espaço ocupacional em que se insere, é a manifestação de um objeto de trabalho, e conseqüentemente objeto de transformação, comum. Esse objeto configura-se na questão social. Essa é entendida como

O conjunto das expressões de desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. [...] Questão Social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõe. (IAMAMOTO, 2007, p.27-28).

O Assistente Social tem no seu trabalho limites e possibilidades concretas para contribuir na superação de situações de desigualdade vivenciadas pelos sujeitos, bem como sua ação profissional possibilita a promoção e potencialização de manifestações de resistência. O Serviço Social, enquanto profissão está inserido em um contexto bastante complexo e particular. Suas origens estão marcadas pela função de reprodutor da ordem capitalista. Contudo, também está intimamente ligado a classe trabalhadora, da qual também faz parte, uma vez que é o profissional que está na linha de frente para dar respostas às demandas e necessidades dos cidadãos. Embora o Serviço Social seja regulamentado como uma profissão liberal e

tenha certa autonomia para a organização e execução do seu trabalho, sua intervenção é atravessada por um empregador.

Os empregadores determinam as necessidades sociais que o trabalho do assistente social deve responder; delimitam a matéria sobre a qual incide esse trabalho; interferem nas condições em que se operam os atendimentos assim como os seus efeitos na reprodução das relações sociais. [...] É nessa condição de trabalhador assalariado que o assistente social se integra na organização do conjunto dos trabalhadores afins, por meio de suas entidades representativas, e com a coletividade da classe trabalhadora. Portanto, essas relações interferem decisivamente no exercício profissional, que supõe a mediação do mercado de trabalho por tratar-se de uma atividade assalariada de caráter profissional. (IAMAMOTO, 2008, p. 215)

A condição de trabalhador assalariado, apontada por Iamamoto, implica diretamente na atuação profissional, e o “recorte” de realidade onde o profissional deverá incidir já está determinada, indiferentemente se no âmbito do primeiro, segundo ou terceiro setor. A ação profissional será permeada pelas demandas do empregador e o Assistente Social, enquanto pertencente da classe que vive do trabalho, se vê responsável a responder a duas instâncias: o atendimento das demandas dos sujeitos (seu compromisso ético) e da organização que lhe emprega e que, através de seu trabalho, garante a manutenção de sua sobrevivência. É necessário arcar com as demandas e necessidade de usuários e empregadores, sem perder de vista seu compromisso firmado com a classe trabalhadora, e a construção de uma nova ordem societária prevista no Projeto Ético-Político.

Tendo esse pressuposto como ponto de partida, questiona-se até que ponto, os Assistentes Sociais, que estão atravessados pela alienação do trabalho cotidiano, pela demanda da organização, pela sobrecarga de tarefas conseguem em suas práticas cotidianas garantir o compromisso firmado com a classe trabalhadora na efetivação do Projeto Ético-Político e, no caso da saúde, na efetivação do conceito ampliado de saúde.

Como apontado anteriormente, o compromisso profissional do Assistente Social é posto através do Projeto Ético-Político da profissão. Netto (2009) informa que existem diferenças substanciais entre os projetos profissionais e os projetos societários. Os projetos societários irão implicar significativamente nos projetos profissionais:

Os projetos societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para o conjunto da sociedade. [...] Em sociedades como a nossa, os projetos societários são, necessária e simultaneamente, projetos de classe,

ainda que refratem mais ou menos fortemente determinações de outra natureza (culturais, de gênero, étnicas etc.). [...] nos projetos societários (como, aliás, em qualquer projeto coletivo) há necessariamente uma dimensão política, que envolve relações de poder [...]. (NETTO, 2009, p. 142-143)

Observa-se que o traço principal que define um projeto societário é sua perspectiva coletiva. Ao ser pensado de forma ampla, os projetos societários definem uma visão de mundo e os ideais a serem alcançados. Ao serem definidos como projetos de classe, os projetos societários encontram-se constantemente em disputa, uma vez que os interesses dos diferentes sujeitos coletivos tendem a ser diferenciados. Entende-se que os projetos societários sofrem avanços e refrações justamente por estarem em disputa com outros projetos existentes.

Os projetos profissionais, além de cumprirem determinadas funções com suas respectivas classes profissionais, também são elementos fomentadores dos projetos societários. Os projetos profissionais são compreendidos por apresentarem

a autoimagem 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 (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 2009, p. 144)

Entende-se que os projetos profissionais são fomentadores dos projetos societários, uma vez que ao demonstrarem a autoimagem de uma profissão, também determinam os ideais e a visão de mundo hegemônica de determinada profissão apontando o modelo de sociedade que aquela área entende que deve ser mantido ou ser construído. O “corpo coletivo” do Serviço Social é formado por suas organizações de classe como o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Conselhos Regionais de Serviço Social – CRESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social – ENESSO, sindicatos etc.

Além dos órgãos que fomentam o sujeito coletivo da profissão, os projetos profissionais possuem uma série de componentes como “uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social e seus objetivos conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas, práticas etc.” (NETTO, 2009, p. 147). Todos esses elementos são variáveis e são construídos coletivamente, conforme a profissão desenvolve-se socialmente e historicamente. Em relação ao



Serviço Social observam-se diferenças maciças entre a profissão na contemporaneidade, que atua na perspectiva da garantia de direitos, e os primórdios do Serviço Social que se encontrava atrelado às primeiras damas e as práticas caritativas. Além disso,

[...] considerando o pluralismo profissional, o projeto hegemônico de um determinado corpo profissional supõe um pacto entre seus membros: uma espécie de acordo sobre aqueles aspectos que, no projeto, são imperativos e aqueles que são indicativos. Imperativos são os componentes compulsórios, obrigatórios para todos os que exercem a profissão (estes componentes, em geral, são objeto de regulação jurídico-estatal); indicativos são aqueles em torno dos quais não há um consenso mínimo que garanta seu cumprimento rigoroso e idêntico por todos os membros do corpo profissional (NETTO, 2009, p. 147).

Observa-se que o Projeto Ético-Político do Serviço Social, é formado com os elementos imperativos do currículo mínimo estabelecido para as Faculdades de Serviço Social, bem como o Código de Ética Profissional de 1993 e a Lei de Regulamentação da Profissão de 1993. Além disso, é imperativo para exercer a profissão o registro profissional no conselho estadual (CRESS). Os ideais defendidos pela profissão referem-se à defesa da equidade social, universalização dos direitos sociais, democratização, construção de uma nova ordem social, socialização da riqueza socialmente produzida (NETTO, 2009).

Embora haja a exigência de cumprir determinados aspectos do Projeto Ético-Político (como a legislação vigente, por exemplo), alguns aspectos profissionais são hegemônicos, mas não são unânimes na categoria profissional. Diferentes profissionais poderão ter diferentes visões de mundo. Além disso, o projeto de sociedade defendido hegemonicamente pela profissão também vai de encontro ao projeto societário que se encontra em vigência. As características do Projeto Neoliberal, abordadas anteriormente, são totalmente diversas as defendidas pelo projeto profissional do Serviço Social que, independente da área em que atue, irá defender a equidade, a justiça social e a construção de uma nova sociedade mais igualitária.

A atuação do assistente social na área da saúde, assim como em qualquer outra área, pressupõe intervenção no objeto profissional, compreendido como a questão social. Questão social que, analisada a partir do movimento dialético da realidade, sendo expressões de desigualdade é também configurada pela

resistência e superação (IAMAMOTO, 2007). A identificação dessas manifestações de desigualdade e resistência

demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos.(CFESS, 2010, p.17)

O Assistente Social adquire em sua formação, competência para realizar uma leitura da realidade ampla, que não se limita as necessidades imediatas apontadas pelos sujeitos ou que se apresentam em um primeiro momento para sua intervenção. O profissional deve aliar o conhecimento teórico particular da profissão com conhecimentos específicos do lócus em que está atuando, para fomentar as estratégias de intervenção que irá adotar.

Para que de fato o Assistente Social possa promover o conceito ampliado de saúde é necessário que tenha clareza de seu objeto de intervenção, apreender o real significado desse conceito ampliado e os fatores que se tornam determinantes da saúde. É necessário que se proponha a investigar a realidade e o cotidiano dos sujeitos, bem como seus modos e condições de vida, e principalmente que possa romper com as práticas institucionalizadas e principalmente com as práticas focadas no modelo mecanicista de saúde (focado na doença).

O Projeto Profissional do assistente social é formado por três dimensões da competência: teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político. Em 1996 a ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social institui a Lei de Diretrizes Curriculares, que congrega as diretrizes gerais para os cursos de graduação em Serviço Social em todo Brasil. A partir desse momento é obrigatório aos cursos de graduação garantir na formação competência para as dimensões já citadas, e também garantir na formação profissional:

1. Apreensão crítica do processo histórico como totalidade;
2. Investigação sobre a formação histórica e os processos sociais contemporâneos que conformam a sociedade brasileira, no sentido de apreender as particularidades da constituição e desenvolvimento do capitalismo e do Serviço Social no país;

3. Apreensão do significado social da profissão desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
4. Apreensão das demandas - consolidadas e emergentes - postas ao Serviço Social via mercado de trabalho, visando formular respostas profissionais que potenciem o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e privado;
5. Exercício profissional cumprindo as competências e atribuições previstas na Legislação Profissional em vigor. ([ABEPSS, 1996])

Ou seja, as diretrizes curriculares da ABEPSS pressupõem um profissional crítico, capaz de compreender o movimento histórico da sociedade assim como realizar uma leitura da realidade ampla, que vai para além das organizações, mas que as determinam e condicionam. É necessário que o profissional não se prenda apenas no plano da execução das políticas sociais, mas que também seja um profissional que planeja e que pesquisa. Um profissional que seja capaz de dar respostas concretas as expressões da questão social, no âmbito do primeiro, segundo e terceiro setor. Por fim espera-se que esse profissional utilize o Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação da Profissão como instrumentos norteadores de sua prática.

As dimensões da competência profissional não podem ser efetivadas de forma isolada. Elas complementam-se e só possuem significado real quando expressadas pelos profissionais simultaneamente. O Serviço Social pré-reconceituação destacava a dimensão operativa dando ênfase na atuação através do tripé “caso-grupo-comunidade”. Contudo como aponta Iamamoto: “O privilégio da eficiência técnica, se considerado isoladamente, é insuficiente para propiciar uma atuação profissional crítica e eficaz. Ao se deslocar dos fundamentos teórico-metodológico e ético-político poderá derivar de um mero tecnicismo” (IAMAMOTO, 2007, p. 55). Ou seja, a mera utilização de técnicas, sem o amparo de uma compreensão teórica e de intencionalidade torna-se vazia. É a técnica pela técnica.

Entretanto, a dimensão teórico-metodológica

só se completa e se atualiza ao ser frutificado pela história, pela pesquisa rigorosa das condições e relações particulares em que se vive. Requer o acompanhamento da dinâmica dos processos sociais, como condição, inclusive, para a apreensão das problemáticas cotidianas que circunscrevem o exercício profissional. (IAMAMOTO, 2007, p. 54)

Sendo assim, a dimensão teórico-metodológica só possui significado quando extrapola o campo teórico e é utilizada para iluminar a prática cotidiana. A práxis só ocorre quando o profissional consegue aliar teoria e prática, potencializada pela visão de homem e de mundo presente na dimensão ético-política. Embora

importante a dimensão política não pode ser utilizada em separado, pois como aponta Iamamoto:

A mera inserção política, desvinculada de uma sólida fundamentação teórico-metodológica, mostra-se inócua para decifrar as determinações dos processos sociais. Conquanto a militância tenha impulsionado o potencial questionador da categoria profissional, dela não pode derivar diretamente uma consciência teórica e uma competência profissional. (IAMAMOTO, 2007, p. 54)

Embora a militância política seja importante para a categoria profissional, tendo garantido conquistas trabalhistas e de direitos fundamentais ao longo da história, não pode ser pensada isolada da teoria. Sabe-se que a potencialização das diversas formas de controle social e dos movimentos sociais como um todo, são essenciais para que de fato tenhamos concretizada a dimensão da “resistência” presente na questão social. Mas para isso é necessário aliar teoria e dimensão política, que irá mostrar de que forma a garantia de direitos poderá ocorrer.

Dessa forma, fica claro que o Serviço Social pós reconceituação, ampliou o processo de Ensino e Pesquisa, colaborando assim para firmar como pilar de sustentação a dimensão teórica. Contudo, é necessário não perder de vista a dimensão prática. Entende-se que a teoria só é útil, principalmente no que concerne a uma profissão plenamente interventiva, quando ela é capaz de dar respostas concretas aos desafios que são impostos pela realidade. A perspectiva política, alicerçada pela visão de homem e de mundo, é o catalisador para transformação da realidade.

As autoras Miotto e Lima (2009) contribuem para o debate referente às dimensões da competência profissional, destacando a dimensão técnico-operativa profissional e a desmembrando em três eixos articuladores: processos político-organizativos, processos de gestão e planejamento e processos socioassistenciais. Embora o debate das autoras referencie principalmente a dimensão técnico-operativa, constantemente reiteram a complementariedade de todas as dimensões da competência.

No que concerne aos processos político-organizativos entende-se que

[...] Seu foco principal consiste em dinamizar e instrumentalizar a participação dos sujeitos, sempre respeitando o potencial político e o tempo dos envolvidos. As ações consideram sempre as necessidades imediatas, mas prospectam, a médio e a longo prazos, a construção de novos padrões de sociabilidade entre os sujeitos, porque estão guiadas pela premissa da

democratização dos espaços coletivos e pela criação de condições para a disputa com outros projetos societários. A universalização, a ampliação e a efetivação do acesso aos Direitos são debatidas nos mais diferentes espaços, especialmente de Controle Social, nos quais são questionadas as relações estabelecidas no espaço sócio ocupacional, na comunidade e nas mais diferentes instituições. [...] 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. (MIOTO; LIMA, 2009, p. 40-41)

Os processos político-organizativos referem-se principalmente a potencialização de grupos organizados com vistas à ampliação do Controle Social. Entende-se que o Assistente Social, possui na resistência parte de seu objeto de trabalho, o pleno compromisso com a participação, divulgação e ampliação de movimentos sociais engajados na formulação e efetivação de direitos sociais. Entende-se a atuação do Assistente Social junto aos processos político-organizativos não se limita apenas a inserção em conselhos de direitos, mas sim em todos os espaços que promovem e discutem a participação social.

Cada vez mais, os Assistentes Sociais ocupam espaços de atuação ligados à gestão e planejamento das políticas sociais. Esses processos referem-se não somente a gestão e planejamento do trabalho e projetos desenvolvidos por determinada instituição, mas também pela gestão do trabalho de cada profissional (MIOTO; LIMA, 2009). São entendidas como ações referentes aos processos de gestão e planejamento:

[...] criar protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais que servem de base tanto para o trabalho do Assistente Social, como para a equipe da qual é parte; e consolidar bases de dados e informações, alimentadas pela documentação do processo interventivo do Assistente Social (diário de campo, fichas, estudos, relatórios). (MIOTO; LIMA, 2009, p. 41-42)

O processo organizativo de informação e de dados é essencial para criar perfis de determinadas populações e comunidades. A organização desses dados é de suma importância no processo de elaboração, execução e avaliação de políticas sociais a fim de determinar o real alcance e efetividade dos serviços oferecidos e da própria atuação do Assistente Social.

Por fim, os processos socioassistenciais podem ser considerados as práticas mais tradicionais desenvolvidas pelos Assistentes Sociais. Consistem no “conjunto de ações profissionais desenvolvidas diretamente com usuários nos diferentes campos de intervenção a partir de demandas singulares” (MIOTO; LIMA, 2009, p.

42). Ou seja, consiste no acolhimento e escuta das necessidades/demandas expostas pelos sujeitos a fim de refletir juntamente com a população possibilidades de superação da realidade vivenciada. Tal tarefa requer do profissional a capacidade de escuta sensível, bem como de realizar uma prática que respeite e promova a autonomia dos sujeitos.

O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS vem elaborando desde 2007 uma série de publicações que se referem aos parâmetros de atuação dos Assistentes Sociais nas principais políticas públicas que são campo de atuação profissional. As publicações são: Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais e Psicólogos (as) na Política de Assistência Social (2007), Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social (2011) e Subsídios para o debate sobre Serviço Social na Educação (2011). Em relação à área da saúde, existe uma divisão entre quatro eixos de atuação do Assistente Social nessa política. São eles: a) Atendimento direto com os usuários; b) mobilização, participação e controle social; c) investigação, planejamento e gestão; d) assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010). Quanto ao eixo referente ao atendimento direto aos usuários, constatamos que ele,

se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal. As ações que predominam no atendimento direto são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis. (CFESS, 2010, p. 41)

O atendimento direto aos usuários é o eixo de atuação em que um maior número de profissionais se insere, abrange um grande número de organizações nos diferentes níveis complexidade do sistema de saúde. Cabe ressaltar que embora o eixo de atendimento direto aos usuários centre-se principalmente nas ações socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas é necessário que o profissional garanta em sua intervenção a competência investigativa, o planejamento e a mobilização popular para que sua atuação/intervenção profissional ocorra de forma plena.

Quanto ao eixo referente à mobilização participação e controle social, entendemos que ele,

envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde. (CFESS, 2010, p. 57)

Os espaços de controle social na saúde são importantes no processo de fiscalização dos serviços de saúde. O controle social por parte dos usuários dos serviços gera pressão ao Estado, para que esse de respostas às demandas dos sujeitos. O Assistente Social enquanto sujeito atuante nos conselhos municipal e estadual de saúde, bem como nas conferências e nos fóruns une-se aos usuários na luta para pressionar o Estado na garantia do direito a saúde.

O eixo de atuação da investigação, planejamento e gestão também é fundamental. O Assistente Social têm ampliado suas atividades como profissional que atua no campo da gestão. As atividades de gestão, quando exercidas por Assistente Social, podem contribuir para realização de uma gestão mais democrática, mais participativa e que leva mais em consideração as demandas da população. O eixo de atuação da investigação, planejamento e gestão se configura

um conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais. (CFESS, 2010, p. 60)

A atuação do Assistente Social na gestão pode facilitar também o processo de intersetorialidade entre as políticas e de interdisciplinariedade entre profissionais uma vez que segundo o código de ética profissional é dever do profissional “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar” (CFESS, 1993). A intersetorialidade e a interdisciplinariedade somadas a integralidade são eixos essenciais para a consolidação da política de saúde.

Por fim, o CFESS apresenta o eixo de assessoria, qualificação e formação profissional. Esse eixo é de fundamental importância para o trabalho na saúde, uma vez que a formação deve ser pensada de forma permanente. Segundo o CFESS (2010):

As atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, que será explicitada posteriormente. (CFESS, 2010, p. 63)

A formação para o trabalho na saúde tem início na graduação, a partir de disciplina específica e em algumas situações a partir da realização de estágio nessa área. Após a graduação é necessário ao profissional que atua na saúde continuar se qualificando, seja através da realização de residências multiprofissionais, especializações, cursos, participação em eventos etc. À contribuição de profissionais assessores e/ou consultores também auxiliam no processo de formação para o trabalho na saúde.

Para que de fato o Assistente Social possa promover o conceito ampliado de saúde, independente do eixo de atuação na saúde em que se insere, é necessário que o profissional tenha clareza de seu objeto de intervenção, bem como apreender o real significado desse conceito ampliado bem como os fatores que se tornam determinantes da saúde. É preciso que o profissional se proponha a investigar a fundo a realidade e o cotidiano dos sujeitos, bem como seus modos e condições de vida.

Interessante ressaltar que, como visto no subitem anterior, o estudo realizado pelo DIEESE e pelo MTE (intitulado “O trabalhador da saúde em seis regiões metropolitanas brasileiras”) apontam um aumento de trabalhadores na política de saúde nos cargos administrativos e uma diminuição dos profissionais que atuam diretamente na assistência a saúde e/ou no cuidado a saúde dos usuários. Os Assistentes Sociais tem no atendimento direto aos usuários (e seus familiares), seu mais tradicional foco de atuação na Política de Saúde.

Observa-se então certa dissonância entre os dados do estudo e a realidade profissional, uma vez que as ações profissionais do Assistente Social dentro da política de saúde ainda estão muito ligadas às práticas de assistência ao usuário. Assistência esta praticada principalmente nos serviços de saúde de alta complexidade, como os hospitais. Contudo, sendo o Assistente Social profissional qualificado não somente para executar, mas também planejar, implementar e avaliar políticas públicas e sociais (CFESS[1993]), entende-se que esse profissional



constantemente ocupe outras atribuições dentro da Política de Saúde que vão para além da assistência aos usuários.

Entende-se que a concepção de Determinação Social da Saúde é essencial para fomentar o debate acerca do conceito ampliado de saúde e da atuação profissional do Assistente Social junto ao SUS. Contudo, tal concepção não é estanque e varia de autor para autor, apresentando-se assim diferenças substanciais no que concerne o entendimento de Determinantes Sociais da Saúde. No próximo capítulo procura-se apresentar algumas diferenças nesse entendimento e o conceito que norteia essa dissertação.

**FIGURA 03: CHARGE DE CHICO (1993).**



Fonte: CHICO (1993) in FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (1995).

A charge de Chico (1993) pode ser interpretada como uma crítica à falta de informação, ou até mesmo a dificuldade de compreensão dos cuidados e tratamentos a saúde por parte da população usuária. Reitera-se que o direito a informação e a educação são essenciais para assegurar condições corretas de prevenção e recuperação à saúde. Informação essa que deve ser prestada de forma clara, com linguagem acessível e que possibilite compreensão por todos os sujeitos. Sendo o direito a informação preconizado na Constituição Federal de 1988, entende-se que constitui-se como fundamental para o acesso e a manutenção dos demais direitos sociais e públicos.

#### 4 A INTERVENÇÃO JUNTO AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: DISCUTIMOS E INTERVIMOS TANTO QUANTO DEVERIAMOS?

*Hepatite, escarlatina, estupidez, paralisia  
Toxoplasmose, sarampo, esquizofrenia  
Úlcera, trombose, coqueluche, hipocondria  
Sífilis, ciúmes, asma, cleptomania  
E o corpo ainda é pouco [...]  
Reumatismo, raquitismo, cistite, disritmia  
Hérnia, pediculose, tétano, hipocrisia  
Brucelose, febre tifóide, arteriosclerose, miopia  
Catapora, culpa, cárie, câimbra, lepra, afasia  
O pulso ainda pulsa  
O corpo ainda é pouco  
**Titãs***

No trecho da música “O Pulso”, da banda Titãs, uma série de enfermidades e sentimentos são descritos. Ao longo da música é dito que “o corpo ainda é pouco”. Os limites do corpo são poucos para explicar todas essas doenças. Elas não se limitam a germes, bactérias, vírus, sintomas e tratamentos. Possuem outros fatores que as condicionam e determinam. Como exemplos pode-se citar o acesso à alimentação adequada, a políticas e serviços essenciais como a educação, assistência social, previdência social, acesso a meios de transporte, a informação, a saneamento básico, acesso a cultura e ao lazer, entre outros.

O conceito de saúde apresentado na Lei Orgânica da Saúde, não pode ser considerado uma unanimidade. Trata-se de um conceito em disputa, uma vez que existem correntes de pesquisadores e estudiosos da área de saúde que ainda desconsideram a importância dos fatores sociais e psicológicos para saúde.

Entretanto, dentro das próprias correntes que se pautam em perspectivas de saúde mais totalizantes (configurada através de aspectos biopsicossociais) existem diferentes conceitos. Enfocando na conceituação de Determinantes Sociais da Saúde, existem divergências entre os autores que discutem o tema. Alguns conceitos possuem diferenças sutis, outros mais complexos.

Observa-se que alguns autores partem do conceito de determinação social da saúde sem considerar as implicações que este modelo de sociedade pressupõe. Os fatores sociais, psicológicos e econômicos são apresentados sem considerar que a

própria sociedade capitalista é o principal fomentador de desigualdades. Outros conceitos partem de uma análise macro-societária entendendo a sociedade capitalista como o principal determinante social da saúde.

Outros autores entendem que a principal discussão não está centrada nos determinantes sociais da saúde, mas sim nos determinantes sociais da doença. Ratificam que ações só podem ser tomadas quando identificados quais os fatores que se colocam como produtores das enfermidades.

Com esse capítulo, propõe-se a discussão do processo histórico em que são debatidos os diferentes conceitos de saúde. Além disso, apresentam-se as principais conceituações referentes à temática dos Determinantes Sociais da Saúde.

#### 4.1 O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO CONCEITO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.

O entendimento e a conceituação de saúde vêm se desenvolvendo ao longo da história. Os diferentes conceitos de saúde não foram apenas se modificando. Cada conceito de saúde apresenta a visão de mundo e entendimento de seus autores, estando esses conceitos em constante disputa. Entendimentos mais abrangentes de saúde, que consideram os fatores biopsicossociais, coexistem na atualidade com conceituações que consideram apenas os aspectos biológicos na existência e manutenção da saúde.

Conforme aponta Buss e Pellegrini Filho (2007),

Apesar da preponderância do enfoque médico biológico na conformação inicial da saúde pública campo científico, em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, observa-se, ao longo do século XX, uma permanente tensão entre essas diversas abordagens. A própria história da OMS oferece exemplos dessa tensão, observando-se períodos de forte preponderância de enfoques mais centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, intercalados com outros em que se destacam fatores sociais e ambientais. (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 80)

Observa-se que a saúde pública tem em suas origens a predominância constante do saber da medicina em relação a outras áreas do conhecimento. A perspectiva da busca constante pela cura das doenças centra-se no enfoque biológico. Ao referir-se aos aspectos tecnológicos da saúde, entende-se que os autores referem-se à centralização das ações de saúde nos serviços de alta complexidade, sem preocupar-se, contudo nas ações preventivas. Apesar disto,

correntes de intelectuais que compreendem a saúde como produto de determinações biopsicossociais defendem essa perspectiva ao longo das décadas.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007) os entendimentos de saúde que consideravam fatores sociais surgem ainda no século XIX: “predominava a teoria miasmática, que conseguia responder às importantes mudanças sociais e práticas de saúde observadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78) A teoria miasmática propôs importantes estudos que afirmavam que as contaminações da água, de alimentos e do ar influenciavam negativamente na saúde dos sujeitos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Nesse período histórico, como já apontado no capítulo dois, existia grande interesse na manutenção de saúde dos trabalhadores, uma vez que esses eram essenciais para desenvolverem os trabalhos nas fábricas.

Para Batistella ([2008]), um dos marcos de diferenciação de conceituação da saúde foi apresentado pela OMS logo após sua criação em 1948:

O esforço de Cooperação Internacional estabelecido entre diversos países no final da Segunda Guerra Mundial deu origem à criação, em 1948, da Organização Mundial da Saúde (OMS), agência subordinada à Organização das Nações Unidas. Em seu documento de constituição, a saúde foi enunciada como ‘um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade’.

Observa-se que a OMS traz avanços em 1948, ao propor um entendimento de saúde menos negativo que rompe com a perspectiva de saúde como mera ausência de doenças. Contudo, ao eleger um “completo estado de bem-estar” como medida para a existência de saúde, a OMS cria um conceito inatingível. Além disso, quando se pensa em pessoas com deficiência ou com doenças crônicas, por exemplo, sabe-se que elas terão limitações inerentes as suas condições. Mas não se pode afirmar que essas pessoas não possuem saúde.

Em 1978, outro marco da constituição da saúde pública e de novas problematizações na conceituação de saúde é a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, conhecida como Conferência de Alma-Ata (capital do Kazaquistão e cidade sede do evento). O evento foi organizado pela OMS e pela UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância, consistia na sensibilização dos diversos países participantes para a redução das desigualdades sociais e econômicas a fim de atingir a meta de saúde para todos no ano 2000 (MENDES, 2004).

Na realização da Conferência de Alma-Ata, “chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial” (MENDES, 2004, p. 447). A conferência de Alma-Ata foi importante para intensificar um entendimento de saúde que vai além dos aspectos biológicos. Ao destacar a existência de desigualdades econômicas e sociais entre os diferentes países e em suas realidades particulares, denunciou os impactos destas desigualdades na saúde dos sujeitos.

A Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde foi precedida pela Conferência de Ottawa (Canadá 1986) que reiterou a importância da equidade em saúde e os campos de ação na promoção da saúde, a Conferência da Austrália (1988) que teve como enfoque a importância das políticas públicas para construção da saúde. Em 1991 a Suécia recebeu a Conferência que dava enfoque principal as questões da saúde aliadas ao meio ambiente, enfatizando a sua interdependência. Dando seguimento à cidade de Bogotá (Colômbia 1992) sediou a Conferência que discutiu principalmente as condições de saúde presentes na América Latina (MENDES, 2004).

A conferência de Bogotá é de suma importância para o conceito de Determinação Social da Saúde uma vez que “reiterou a necessidade de mais opções nas ações de saúde pública, orientadas para combater o sofrimento causado pelas enfermidades oriundas do atraso e da pobreza, bem como as derivadas da urbanização e da industrialização nos países em desenvolvimento” (MENDES, 2004, p. 447). Observa-se que novamente os agravamentos da pobreza surgem como aspectos de impacto direto na saúde. A Conferência de Bogotá denuncia as condições de desigualdade geradas historicamente na América Latina, reflexo de sua história cercada pelo colonialismo e exploração de seus recursos pelos países europeus.

Com o advento do ano 2000, e contrariando as expectativas elaboradas em Alma-Ata de se atingir saúde para todos, a OMS começa a elaborar novos rumos de ação. Em 2005 é criada a Comissão Sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS. Tal comissão objetiva evidenciar

O que pode ser feito para promover a igualdade na saúde e promover um movimento global para o alcançar, resulta da colaboração à escala mundial

de agentes responsáveis pela elaboração de políticas, investigadores e sociedade civil conduzidos por Comissários [...] a ênfase da sua atenção abarca países de todos os níveis de rendimento e desenvolvimento [...] A igualdade na saúde é um problema para todos os países e é significativamente afetada pela economia global e os sistemas políticos. [...] O trabalho da Comissão materializa uma nova abordagem ao desenvolvimento. A saúde e a igualdade na saúde podem não ser o alvo principal de todas as políticas sociais, mas deverão constituir um resultado fundamental. (OMS, 2010, p. 01)

A Comissão Sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, objetiva identificar, em escala global, os aspectos de Determinação Social, e propor ações de intervenção, atribuindo responsabilidade aos diferentes atores responsáveis por essa intervenção: Estado, empresas, sociedade civil, universidades etc. A Comissão propõe a redução das desigualdades de saúde em “uma geração” sem, contudo, especificar um prazo de tempo.

Seguindo a linha da OMS, e através de Decreto Presidencial em 2006, foi criada no Brasil a Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. A Comissão desenvolve ações e projetos através de um Grupo de Trabalho (GT) e uma Secretaria Técnica ligada a Fundação Oswaldo Cruz. As linhas de ação da Comissão referem-se à produção e disseminação de conhecimentos e informações, políticas e programas próprios, mobilização da sociedade civil e cooperação internacional com outros países que aderiram ao direcionamento da Comissão Sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS (CNDSS, s/d).

Tendo em vista as modificações históricas do entendimento de saúde e da determinação social da saúde, apresentam-se no próximo subitem diferentes conceitos de Determinantes Sociais da Saúde.

#### 4.2 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: UM CONCEITO EM DISPUTA.

Sendo um conceito amplo, é importante não concluirmos que os determinantes sociais da saúde são compostos por “tudo”. Um dos entendimentos que se apresenta pelos autores é de que os determinantes sociais da saúde “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco a população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78), ou seja, segundo esses autores os determinantes sociais da saúde irão compor todos os aspectos que de alguma forma possam tornar-se fomentadores das desigualdades em saúde. Da

mesma maneira, os determinantes sociais da saúde são também todos os aspectos que se tornam dificultadores para o acesso da população aos serviços de saúde.

De forma bastante visual, Buss e Pellegrini Filho (2007) apresentam modelo de Dahlgren e Whitehead (1999). Esse modelo subdivide os Determinantes Sociais da Saúde em camadas:

**FIGURA 04: DETERMINANTES SOCIAIS: MODELO DE DAHLGREN E WHITEHEAD.**



Fonte: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead apud Buss; Pellegrini Filho (2007).

Na primeira camada os autores apontam como fatores determinantes da saúde as características próprias e individuais de cada sujeito, como idade, sexo, fatores hereditários e genéticos. Embora inalteráveis esses aspectos são essenciais para a compreensão do processo de saúde e adoecimento dos sujeitos, colocando em grupos de suscetibilidade para alguns tipos de doença.

Na segunda camada encontram-se o estilo de vida individual de cada sujeito, bem como as atitudes e ações tomadas por cada um deles. É preciso ter claro que tais atitudes ditas individuais estão intimamente ligadas a comportamentos macro sociais, uma vez que os sujeitos são reflexos da sociedade em que vivem e



influenciam os aspectos dessa mesma sociedade. É necessário considerar a influencia da mídia, dos grupos sociais e condições socioeconômicas que interferem diretamente no estilo de vida dos sujeitos.

Na quarta camada os autores apresentam as redes sociais e comunitárias. Podem ser compreendidas como os serviços acessados e utilizados pelos sujeitos para a resolução de suas demandas, estejam diretamente associados com a saúde ou não. Na quinta camada estão os aspectos que, podem ser compreendidos, como os determinantes sociais da saúde de fato. Esses aspectos envolvem o acesso dos sujeitos aos bens e serviços essenciais para manutenção da saúde: acesso a habitação adequada, acesso a educação, acesso à renda, acesso a saneamento básico entre outros.

Na sexta e última camada estão às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Pode-se dizer que essas condições são inerentes ao próprio modelo de produção capitalista que, devido sua raiz, gera desigualdade e diferenças nas condições socioeconômicas entre os sujeitos. Além disso, a globalização tem afetado esse processo de produção e gerado interferências nos aspectos culturais e ambientais dos diferentes países.

Outro conceito que discute a questão de determinação social de saúde é apresentado por Miotto e Nogueira (2009)

Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômicos e culturais, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado. (NOGUEIRA; MIOTTO, 2009, p. 229).

As autoras referendam a importância de considerar, além dos condicionantes biológicos que em muitos aspectos são imutáveis, considerar o meio físico em que determinada população ocupa, bem como o acesso a equipamentos sociais. Além disso, as autoras reforçam a necessidade de estar atento às condições socioeconômicas de determinado território a fim de elencar os determinantes sociais da saúde que implicam naquele local. Outro aspecto importante elencado refere-se aos aspectos culturais, em âmbito individual e coletivo, apresentado por determinado sujeito ou comunidade.

Na obra de Fleury-Teixeira (2009) temos um conceito de Determinação Social da Saúde apresentado pelo autor que é antecedido por um entendimento de Determinação Social dos Indivíduos. Para o autor

Essa determinação atravessa todas as dimensões da vida social. É possível considerá-la desde o nível mais amplo, em que se encontram as relações econômicas e macrossociais, que hoje são, certamente, definidas no plano mundial. As possibilidades para o desenvolvimento e realização de capacidades individuais, as expectativas, os valores e o próprio caráter das pessoas são profundamente marcados pela estrutura econômico-social geral, que é progressivamente mais mundial. Os padrões éticos em geral, os níveis de competitividade e solidariedade entre as pessoas, os padrões e perfis mais gerais de consumo, entre outros fatores, são certamente delineados neste nível macrossocial. (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 382).

Com base no exposto, entende-se que as diferentes dimensões da vida social encontram-se determinadas pelas relações econômicas, sendo que estas são construídas em nível macrossocial. Embora possa ser considerada a existência de escolhas individuais de cada sujeito e também as múltiplas diferenciações culturais existentes em cada país, as determinações econômicas se dão de forma globalizada. Para o autor a determinação social dos indivíduos irá implicar na determinação social da saúde.

Fleury-Teixeira (2009) separa os determinantes sociais da saúde em dois grupos: físico ou ambiental e psicossociais. O primeiro grupo corresponde aos aspectos ligados às condições de habitação, acesso (ou não) a habitação, condições de trabalho, nível socioeconômico entre outros. Com relação aos determinantes psicossociais o autor reitera “o grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações” (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p.384). Observa-se que diferentemente dos autores citados anteriormente Fleury-Teixeira não cita os determinantes biológicos ao referir-se aos Determinantes Sociais da Saúde, apresentando apenas aspectos que são construídos socialmente.

Em 2010 a Organização Mundial de Saúde – OMS juntamente com a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde lançaram a publicação “Redução das Desigualdades no Período de uma Geração – Igualdade na Saúde Através da Ação sobre os seus Determinantes Sociais”. Essa publicação é síntese das ações elencadas pela comissão no que diz respeito à intervenção junto aos Determinantes Sociais da Saúde. A comissão e a OMS adotam,

uma perspectiva holística dos determinantes sociais da saúde. A saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global, a conseqüente injustiça nas circunstâncias visíveis e imediatas da população – o seu acesso a cuidados de saúde, escolas e educação, as suas condições laborais e recreativas, os seus lares, comunidades, vilas e cidades – e as suas hipóteses de usufruir de uma vida próspera. Esta distribuição desigual de experiências potencialmente perigosas para a saúde não constitui, de modo algum, um fenómeno “natural”, sendo antes o resultado de uma combinação tóxica de políticas sociais e programas débeis, estruturas económicas injustas e política de baixa qualidade. Em conjunto, os determinantes estruturais e as condições de vida quotidianas constituem os determinantes sociais da saúde e são responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde dentro e entre países. A comunidade global é capaz de corrigir este panorama; porém, tal requer ação urgente e permanente a nível global, nacional e local. (OMS, 2010, p. 01)

Assim como as conceituações anteriores, o entendimento de Determinação Social da Saúde da OMS refere-se principalmente ao acesso pela população a políticas e serviços capazes de atender suas demandas e necessidades. Reitera a importância da educação, da habitação e das condições de trabalho na influência das condições de saúde. Contudo, o conceito da OMS diferencia-se por chamar a responsabilidade pelo fornecimento e manutenção destes serviços para os governos em nível local, bem como aponta como fundamental a participação da sociedade civil na luta constante por melhorias dos serviços disponíveis a população.

Além disso, a comissão elenca três recomendações necessárias para superação das desigualdades em saúde: “01- Melhorar as condições de vida cotidianas; 02- Abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; 03- Quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto da ação.” (OMS, 2010, p. 2). Entende-se que as ações apontadas pela Comissão são de extrema importância. Contudo, não vão à raiz fomentadora de todos os aspectos apresentados. Tal raiz configura-se no modelo de sociedade que vivenciamos que se apresenta desigual em sua essência. Mas, entende-se que dentro do contexto existente, a Comissão procura dar respostas a realidade que se apresenta.

A autora Costa (2009) parte do pressuposto do entendimento marxista de que a sociedade divide-se em duas classes antagônicas. A autora explica que

é importante localizar o conceito da determinação social da saúde sob a matriz marxista no contexto de saúde como bem coletivo e, portanto, produto da acumulação social. O reconhecimento das necessidades e dos desejos dos grupos sociais e das coletividades, quando transformados em ação para concretizar estas necessidades e desejos, necessariamente gera confrontos com outros interesses hegemônicos. Na maioria das vezes,

esses interesses conflitados são os responsáveis pela falta, pelas necessidades sentidas. (COSTA, 2009, p. 444)

Ou seja, conforme expressa Costa (2009) o embate entre os interesses da classe trabalhadora e os interesses da classe dominante permanecem em constante conflito. A manutenção da ordem vigente bem como a concentração dos bens e dos meios de produção é de interesse de uma pequena parte da sociedade. Ao sentirem-se lesados por essa distribuição desigual da riqueza a classe trabalhadora organiza-se em processo reivindicatório dos seus interesses.

Entende-se que o posicionamento de Costa (2009) procura dar um salto de qualidade em relação aos demais conceitos de Determinantes Sociais da Saúde. Embora significativos, os conceitos apresentados anteriormente mantiveram o ensejo de elencar aspectos que expressam os determinantes sociais da saúde. A autora Costa opta por partir de um entendimento radical deste conceito, ao partir do principal fator que determina toda a sociabilidade humana: o modelo de sociedade em vigência. Em nossa perspectiva entendemos que a superação deste modelo de sociedade é fator essencial para a superação das expressões de desigualdade e, dentre elas, as expressões de desigualdade em saúde.

Compactuando com o pensamento de Costa, e seguindo a direção do pensamento marxista, os autores Garrafa e Cordón (2009) tem uma perspectiva diversa ao abordarem essa temática, debatendo o entendimento de Determinação Social da Doença. Os autores elaboram sua crítica partindo do pressuposto que pouco tem sido discutido no que concerne ao núcleo gerador dos determinantes sociais da saúde: as expressões de desigualdade produzidas pelo sistema capitalista. Referem também que a desigualdade produzida pelo capitalismo tem acarretado o acesso desordenado e desigual aos benefícios tecnológicos produzidos na área da saúde na contemporaneidade (GARRAFA; CORDÓN, 2009). Declaram também que é “politicamente mais comprometido que o estudo da determinação social da saúde, a determinação social da doença, ou seja, a busca das respostas concretas ao que limita ou mata as pessoas (pobres) nas sociedades de consumo contemporâneas”. (GARRAFA; CORDÓN, 2009, p. 389).

Ao estabelecer relações diretas entre o modo de produção capitalista e o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores do SUS, os autores fazem comparação dos trabalhadores da política de saúde com os meios utilizados para desenvolver o trabalho (instrumentos) e os usuários como os objetos aos que se destinam o

trabalho (GARRAFA; CORDÓN, 2009). Compactua-se com o entendimento apresentado pelo autor, uma vez que se entende que o modo de trabalho desenvolvido nesta sociedade constantemente coisifica o ser humano, neste caso seja ele o trabalhador ou o usuário dos serviços.

Como alternativa as desigualdades geradas na sociedade capitalista e geradores dos Determinantes Sociais da Doença, os autores elencam a necessidade de ampliação dos movimentos sociais comprometidos com novas práticas de saúde. Além disso, demandam aos intelectuais que estes se comprometam com produções técnico-científicas que desvelem os reais impactos da sociedade capitalista nos serviços de saúde, rompendo assim com a alienação (GARRAFA; CORDÓN, 2009).

Outra perspectiva que se coloca é as diferenciações entre determinantes e condicionantes sociais da saúde. A lei orgânica da saúde, em seu artigo terceiro, reitera a importância de considerar os dois conceitos:

Art. 3º - A saúde tem como fatores **determinantes** e **condicionantes**, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bemestar físico, mental e social. (BRASIL, [1990], grifos nossos)

Embora o artigo 3º da lei que regulamenta o SUS vá ao encontro de outros conceitos de determinação social citados anteriormente, elencando diversos aspectos sociais que se colocam como reguladores das condições de saúde, a lei diferencia-se por afirmar que existem fatores que condicionam e fatores que determinam a saúde. Mas qual a diferença existente entre o efeito condicionador e o efeito determinador?

Observa-se que a maioria das produções acadêmicas realizadas sobre essa temática centra-se no conceito de determinação social da saúde, havendo pouca produção teórica no campo dos condicionantes sociais da saúde. Na literatura utilizada observou-se que o conceito de condicionante sempre aparecia junto com o conceito de determinante social da saúde. Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) vão apresentar o conceito de determinante e condicionante social da saúde como estratégia na intervenção (e prevenção) das doenças infectocontagiosas e também crônicas.

A autora Menicucci (2011) apresenta uma definição de condicionantes sociais da saúde que se assemelham a outros conceitos de determinantes sociais da saúde apresentados anteriormente. A autora afirma que

a forma com que o direito à saúde foi definido na Constituição Federal de 1988, o qual implica a garantia pelo Estado da adoção de políticas públicas que evitem o risco de agravo à saúde, devendo ser considerados, nessa perspectiva, todos os condicionantes da saúde, como meio ambiente saudável, renda, trabalho, saneamento, alimentação, educação, bem como a garantia de ações e serviços de saúde que promovam, protejam e recuperem a saúde individual e coletiva, a cargo do Sistema Único de Saúde (SUS). (MENICUCCI, 2011, p. 524)

Observa-se através do posicionamento da autora e de outras referências bibliográficas pesquisadas, que os autores não apresentam grandes diferenciações entre o entendimento de condicionantes e determinantes sociais da saúde, sendo que comumente os dois conceitos são apresentados de forma agregada. Em nosso entendimento, observamos que ambos conceitos são complementares e não podem ser compreendidos de forma separada.

O ato de “condicionar” é entendido como dar condição a algo, ou seja, refere-se a um fator que dará determinada condição para desenvolvimento de um fato ou não. Especificamente nas condições de saúde, pode-se pensar no condicionante gênero. Algumas enfermidades são existentes unicamente em mulheres, por exemplo. Já a definição de “determinar” também é compreendida como demarcar, delimitar, ordenar. Observa-se que os determinantes podem ser mais amplos e referirem-se a situações que são construídas socialmente, como as condições socioeconômicas de determinado sujeito, por exemplo.

Com base no exposto, e como já afirmado na Introdução desta dissertação, opta-se pelo conceito apresentado por Dahlgren e Whitehead apud Buss; Pellegrini Filho (2007) associado ao conceito de Costa (2009) para ser utilizado como fio condutor na realização desta pesquisa. Entende-se que as camadas de determinação social (apresentadas na figura 04, expressa anteriormente) de Dahlgren e Whitehead apud Buss; Pellegrini Filho (2007) configuram uma gama consistente e representativa das diversas expressões de determinação social existente. Associa-se tal representação com o entendimento de Costa (2009) que observa que as desigualdades sociais e, conseqüentemente, as desigualdades em saúde são geradas pelo modelo de sociedade existente. Nos próximos capítulos nos utilizaremos dos conceitos supracitados, assim como outras conceituações

discutidas ao longo desta dissertação para analisarmos os dados obtidos com a realização da pesquisa.

**FIGURA 05: CHARGE DE DUAYER (S/D)**

Fonte: DUAYER (S/D) in FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (1995).

Em sua charge o autor Duayer (s/d) estabelece relação entre as condições de saúde apresentadas pelo sujeito que é atendido pelo profissional de saúde, com as condições socioeconômicas apresentadas pelo mesmo. O acesso à renda é identificado como fator condicionante e determinante da saúde no artigo terceiro da lei orgânica da saúde (BRASIL, 1990). Ao citar que o sujeito “não possui nada”, ao referir-se a dinheiro, observa-se que há entendimento de saúde como produto, que só poderá ser fornecido ao sujeito quando este remunerar os serviços. Essa charge pode ser considerada uma crítica direta a privatização dos serviços de saúde.



## PARTE II: PRÁTICA QUE QUESTIONA A TEORIA.

### 5 OS CAMINHOS PERCORRIDOS NA CONSTRUÇÃO DA PESQUISA.

*[...] O pensamento humano pretende legitimamente deter a possibilidade, o poder de atingir a verdade absoluta. O pensamento humano pretende possuir a soberania sobre o mundo e o direito absoluto sobre a verdade "infinita". O pensamento dos indivíduos não pode ter tais pretensões; é sempre finito, limitado, relativo. Mas essa contradição é resolvida pela sucessão das gerações humanas e pela cooperação dos indivíduos nessa obra coletiva que é a ciência [...]*  
**(Lefebvre, 1975, p. 100)**

Tendo como pressuposto a citação de Lefebvre (1975), que reitera a busca constante do ser humano pela construção de um conhecimento absoluto, totalizante e capaz de prover todas as respostas necessárias, e ao mesmo tempo a contradição apontada pelo autor da capacidade limitada do ser humano e das limitações existentes na produção do conhecimento, introduz-se este capítulo. Compactua-se com a perspectiva de Lefebvre, no que concerne ao entendimento de que as pesquisas e estudos são capazes de demonstrar apenas parte da realidade que se apresenta. O dinamismo da realidade possibilita que um estudo ou pesquisa compreendam determinado fenômeno por um período específico de tempo.

Desta forma, com essa pesquisa e dissertação de mestrado não se possui a pretensão de dar respostas absolutas sobre o desenvolvimento do trabalho do Assistente Social em Porto Alegre. Propõe-se com esse estudo um olhar sobre o trabalho do Assistente Social, desenvolvido na política de saúde do município supracitado, a fim ampliar o conhecimento acerca das ações desenvolvidas por esses profissionais, tendo como recorte o entendimento proveniente desses trabalhadores (apresentado através de suas falas) sobre suas práticas cotidianas, em um determinado período de tempo.

Antes de adentrar nos resultados obtidos através do estudo, apresenta-se a metodologia empregada na pesquisa. A metodologia pode ser compreendida como o "mapa" que apresenta os caminhos percorridos para o desenvolvimento do estudo. Caminhos esses que, devido a alguns entres apresentados pela realidade, foram se modificando ao longo da caminhada. Caminhada essa que, certamente, contribuiu para a construção da obra coletiva da ciência, como expõe Lefebvre.

## 5.1 PROBLEMA DE PESQUISA, QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS.

O primeiro pressuposto para realização da pesquisa foi o surgimento de uma indagação, de um questionamento, sobre a realidade social que se apresentava. Entendemos que para sua concretização o estudo necessita de um ponto de partida que será o fio condutor para sua realização. Este fio condutor é o problema de pesquisa. Conforme Gil (1999, p. 50) a escolha do problema acarretará questionamentos: “Por que pesquisar? Qual a importância do fenômeno a ser pesquisado? Que pessoas ou grupos se beneficiarão com seus resultados?”. Para tanto, foi elaborado o seguinte **problema de pesquisa**:

*Como os Assistentes Sociais, que atuam no Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, contemplam as dimensões da competência profissional com vistas a incidirem nas expressões dos determinantes sociais da saúde em suas práticas cotidianas?*

Além do problema de pesquisa, foi elaborado um **objetivo geral** para o estudo:

*Analisar como os Assistentes Sociais contemplam as dimensões da competência profissional para incidirem nas expressões dos determinantes sociais da saúde em suas práticas cotidianas a fim de dar maior visibilidade a essas ações, fornecer subsídios teóricos visando o aprimoramento profissional na área da saúde e consolidar o conceito ampliado de saúde.*

Entende-se que os resultados obtidos com esse estudo contribuem para a ampliação do pensar profissional no que concerne à atuação na política de saúde, possibilitando maior visibilidade ao trabalho que vem sendo desenvolvido nesse campo de atuação que já é tradicional para o Serviço Social, mas que também se modificou muito nas últimas décadas. Juntamente com o problema, foram elaboradas questões norteadoras, com intuito de desmembrar a pergunta maior, a fim de auxiliar na formulação da resposta ao problema. As **questões norteadoras** elaboradas são:

*a) Como se dá o trabalho do Assistente Social na Política de Saúde em Porto Alegre, nos diferentes eixos de atuação: atendimento direto com os usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional?*

*b) Qual a concepção de saúde adotada pelos assistentes sociais?*

*c) Como os Assistentes Sociais contemplam os Determinantes Sociais da Saúde em suas práticas?*

*d) Quais os desafios enfrentados e as estratégias utilizadas pelos assistentes sociais para a concretização do conceito ampliado de saúde previsto no SUS?*

Para cada uma das questões norteadoras, foi elaborado um **objetivo específico**, que procura contemplar o objetivo geral elencado anteriormente. São eles:

*a) Analisar o trabalho do assistente social na Política de Saúde em Porto Alegre, nos diferentes eixos de atuação: atendimento direto com os usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.*

*b) Identificar a concepção de saúde que norteia o trabalho profissional dos assistentes sociais.*

*c) Identificar como os profissionais contemplam e intervêm nos determinantes sociais da saúde em suas práticas.*

*d) Identificar quais são os desafios vivenciados pelos assistentes sociais em seus cotidianos para a concretização do conceito ampliado de saúde.*

Tendo em vista o problema, objetivos e questões norteadoras que foram elaborados para a realização deste estudo, apresenta-se a seguir o método empregado para concretização da pesquisa.

## 5.2 MÉTODO DIALÉTICO CRÍTICO.

O método dialético-crítico foi elencado para a realização deste estudo, pois “não se contenta com o dado, precisa interpretá-lo a luz da totalidade concreta, identificando suas múltiplas determinações, conexões e contradições” (PRATES, 2008, p. 18). Ou seja, esse método parte de uma determinada realidade (micro social) e estabelece inter-relações com aspectos macro sociais que determinam esse fenômeno. Além disso, considera os aspectos históricos que levaram determinada realidade a se concretizar, entendendo também que esta é contraditória. Como bem aponta Gadotti (2000) o método dialético-crítico

[...] tem um duplo objetivo: 1º) como a dialética estuda as leis mais gerais do universo, leis comuns de todos os aspectos da realidade, desde a natureza física até o pensamento, passando pela natureza viva e pela sociedade. 2º) como materialismo é uma concepção científica que pressupõe que o mundo é uma realidade material (natureza e sociedade), onde o homem está presente e pode transformá-la. (GADOTTI, 2000, p. 22)

Como aponta o autor, o método dialético-crítico não se contenta apenas em estudar a realidade, em tão somente conhecê-la. Esse método pressupõe transformação. Pressupõe uma intencionalidade de mudança. Pressupõe comprometimento do pesquisador com a realidade que é estudada. É necessário que ao final da pesquisa sejam formuladas sugestões de superação da realidade encontrada e não tão somente a descrição dos fatos.

A dialética tem como categorias de análise a historicidade, a totalidade e a contradição. Essas categorias são indissociáveis entre si, uma vez que uma complementa a outra e todas são essenciais para a compreensão da realidade. A categoria da historicidade mostra-se essencial para que se compreenda o porquê da existência de certos acontecimentos na contemporaneidade. Segundo Kosik (1989)

A história só é possível quando o homem não começa sempre do novo e do princípio, mas se liga ao trabalho e aos resultados obtidos pelas gerações precedentes. Se a humanidade começasse sempre do princípio e se toda a ação fosse destituída de pressupostos, a humanidade não avançaria um passo e a sua existência se escoaria no círculo da periódica repetição de um início absoluto e de um fim absoluto (KOSIK, 1989, 218).

Ou seja, para que se compreenda determinado fenômeno é necessário compreender como esse processo vem se dando ao longo do tempo. É necessário localizar os períodos históricos e os rebatimentos desses períodos na sociedade atual. Kosik (1989) também aponta que nunca parte-se do zero. Sempre parte-se de um determinado ponto que já foi pensado e refletido por alguém. Isso possibilita a constante produção de novos conhecimentos.

Com relação à categoria totalidade Kosik aponta que

a compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação interna de interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes. (KOSIK, 1989, p. 42)

Com base no autor pode-se afirmar que a categoria totalidade pressupõe que os fenômenos micro sociais, presentes no cotidiano sejam inter-relacionados com os fenômenos macro sociais. Para uma análise ampla da realidade parte-se da realidade do cotidiano que é vivenciada pelos sujeitos e se estabelece relações com aspectos mais amplos da estrutura e da conjuntura social. Essa categoria permite que os fatos não sejam analisados de forma isolada, sendo possível vislumbrar os aspectos que determinam e são determinadas por essa realidade.

A categoria contradição é apontada por Gaddoti (1983), enfatizando que

a transformação das coisas só é possível porque no seu próprio interior coexistem forças opostas tendendo simultaneamente à unidade e à oposição. É o que se chama de contradição que é universal, inerente a todas as coisas materiais e espirituais. A contradição é a essência ou a lei fundamental da dialética. (GADDOTI, 1983, p. 26)

Ou seja, a categoria contradição pressupõe a negação do outro. Contudo, não ocorre somente a negação do fato. Existe a negação e ao mesmo tempo a incorporação desse fenômeno. O novo nega o velho, mas o incorpora na construção desse novo conhecimento. A categoria contradição pode ser considerada o motor da realidade, pois é a partir dessa categoria que a realidade se mantém em constante movimento.

Além das categorias historicidade, totalidade e contradição que estão presentes no método dialético-crítico foram elencadas também categorias explicativas da realidade. São elas: Trabalho do Assistente Social, Dimensões da

Competência e Conceito Ampliado de Saúde<sup>3</sup>. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, predominantemente, para a realização da pesquisa uma vez que o enfoque principal encontra-se na fala e na opinião dos sujeitos sobre a realidade que vivenciam.

### 5.3 CAMINHOS PERCORRIDOS.

O primeiro movimento realizado para fomentar o estudo foi o resgate de material bibliográfico referente ao tema proposto na pesquisa, bem como bibliografias que fossem ao encontro das categorias teóricas apresentadas e do método elencado para o desenvolvimento da pesquisa. O segundo movimento realizado, foi o levantamento do número de Assistentes Sociais que atuam nos serviços de saúde no município de Porto Alegre e/ou que atuam em Universidades e Faculdades de Serviço Social no município. Tal movimento configurou-se no levantamento do universo e da amostra da pesquisa.

Em relação ao tipo de amostra escolhida para a realização do estudo optou-se pela amostra não probabilística ou amostra intencional. Segundo Gil “o tipo mais comum de amostra não probabilística é denominada de intencional. Nesta o pesquisador está interessado na opinião [...] de determinados elementos da população” (GIL, 1999, p. 52). O universo do estudo é o número total de assistentes sociais que atuam na política de saúde no município de Porto Alegre: 82 profissionais ([CNES, 2011]). Para que fosse possível alcançar o objetivo proposto com o estudo delimitou-se como amostra o número de quatro (04) assistentes sociais sendo que cada um dos profissionais está vinculado a um dos eixos de atuação profissional definidos pelo CFESS (2010): a) atendimento direto com os usuários; b) mobilização, participação e controle social; c) investigação, planejamento e gestão; d) assessoria, qualificação e formação profissional, contemplando assim todos os eixos.

Após a elaboração da versão final do projeto de pesquisa, e de adquirir juntamente com as instituições participantes os termos de aceite de participação na pesquisa, o projeto foi encaminhado para apreciação da Comissão Científica da

---

<sup>3</sup> As categorias elencadas para realização do estudo serão mais amplamente debatidas no capítulo 06 que apresenta os resultados obtidos com a pesquisa.

Faculdade de Serviço Social da PUCRS. Após a realização das devidas alterações e aprovação o projeto foi encaminhado para avaliação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da PUCRS via sistema online denominado Plataforma Brasil. Após o recebimento de aprovação no comitê de ética (anexo A) foi dado início a coleta de dados.

Para realização da pesquisa foram contatados via telefone e/ou e-mail profissionais da rede municipal de saúde de Porto Alegre e de Universidades com Cursos de Graduação em Serviço Social a fim de realizar a marcação das entrevistas. Houve grande dificuldade para retomar o contato com as instituições que haviam aceitado participar da pesquisa. Acredita-se que um dos motivos que potencializaram a dificuldade foi o grande período de tempo entre o aceite dado pelas instituições para realização da pesquisa e a aprovação do projeto pelo comitê de ética.

Foram realizadas quatro (04) entrevistas com Assistentes Sociais. Os profissionais que participaram da pesquisa tiveram todas as suas dúvidas esclarecidas e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A). Realizou-se a aplicação<sup>4</sup> de um formulário com questões abertas e fechadas (apêndice B). Reitera-se que o que caracteriza o formulário “é o contato face a face entre pesquisador e informante e ser o roteiro de perguntas preenchido pelo entrevistador, no momento da entrevista” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.212). Tais questões foram elaboradas tendo em vista responder as questões norteadoras e contemplar os objetivos propostos no estudo. Entrevista, conceituada por Gil (1999) como,

técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção de dados que interessam a investigação. [...] Enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram [...] (GIL, 1999, p. 117)

Através das entrevistas realizadas com os Assistentes Sociais foi possível analisar suas concepções de saúde, a operacionalização do trabalho, suas intervenções nos determinantes sociais da saúde bem como que formas as dimensões da competência se expressam em suas práticas cotidianas. As entrevistas foram gravadas (com autorização prévia dos participantes) e transcritas.

---

<sup>4</sup> A aplicação dos formulários de pesquisa foi realizada por equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisa Trabalho, Saúde e Intersetorialidade – NETSI.

Para Triviños (1987), a análise de conteúdo é realizada a partir de três etapas: A pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial. A pré-análise caracteriza-se pela organização do material coletado. A descrição-analítica fundamenta-se principalmente no processo de codificação, classificação e categorização dos dados coletados. Por fim, a interpretação inferencial, como o próprio nome já indica, pressupõe a reflexão, já é iniciada na fase de descrição analítica, no que se refere às falas dos sujeitos e sua inter-relação com a revisão bibliográfica que norteia o estudo. Para Bardin (1979) a análise de conteúdo caracteriza-se por

um conjunto de análise das técnicas de comunicação, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos à produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens. (BARDIN, 1979, p.21)

Ou seja, a partir das falas dos sujeitos e tendo por norte as categorias teórico-temáticas (Conceito Ampliado de Saúde, Trabalho do Assistente Social, Determinantes Sociais da Saúde) e as categorias do método, realizou-se a categorização e a análise do conteúdo dos dados da pesquisa.

Reitera-se que é fundamental realizar a devolução dos dados aos sujeitos que participaram da pesquisa visando à socialização do conhecimento produzido e a utilização desse conhecimento enquanto estratégia de capacitação e aprimoramento profissional desses sujeitos. Essa devolução se dará através de apresentação da pesquisa em encontros, seminários bem como poderá ser apresentado nas instituições em que os profissionais que participaram da pesquisa atuam se houver interesse. O trabalho final também será disponibilizado aos participantes.

Após a apresentação da metodologia empregada para a realização da pesquisa, apresentamos no próximo capítulo a discussão dos dados alcançados, com a realização do estudo.



**FIGURA 06: CHARGE DE JAGUAR (S/D).**

Fonte: JAGUAR (S/D) in FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (1995).

Em sua charge o autor Jaguar (s/d) estabelece crítica relacionando às condições socioeconômicas apresentadas pelos sujeitos e as implicações decorrentes dessas condições na saúde nos mesmos. Entende-se que impossível separar as desigualdades sociais produzidas na sociedade capitalista e as desigualdades em saúde. Pode-se afirmar que o principal fator que gera os Determinantes Sociais da Saúde é a própria existência da sociedade capitalista.

## 6 ANÁLISE DOS RESULTADOS: A VISÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS SOBRE SUAS INTERVENÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE.

*O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são. Aristóteles.*

Ao introduzir o presente capítulo com o pensamento do filósofo Aristóteles, depara-se com uma curiosa verdade. A necessidade humana de pesquisar, estudar, inquerir está na sua incapacidade de aceitar as coisas, ou a realidade, como ela simplesmente é (ou aparenta ser).

É intrínseco ao homem procurar compreender como e porque determinado fenômeno ocorre. Cada pesquisador irá se utilizar do método, dos instrumentos e das técnicas que melhor lhe pareçam para atingir determinado resultado que, no final das contas, é a resposta para sua inquisição inicial.

Como apresentado no capítulo anterior, o questionamento que direcionou a realização da pesquisa foi como o Assistente Social, que atua na política de saúde no município de Porto Alegre tem realizado sua intervenção profissional junto à temática dos Determinantes Sociais da Saúde. Para tanto, o pressuposto utilizado foi o conceito de dimensões de competência profissional (técnico-operativo, teórico-metodológico, e ético-político), presentes no Projeto Ético-Político do Serviço Social e respaldados pelo Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação da Profissão.

Para operacionalização da pesquisa, como visto no capítulo anterior, utilizou-se do método dialético-crítico e de suas categorias (historicidade, totalidade e contradição) bem como das categorias teóricas Conceito Ampliado de Saúde, Trabalho do Assistente Social e Determinantes Sociais da Saúde para formulação de roteiro de entrevista que foi aplicado junto aos profissionais. Como exposto anteriormente às entrevistas foram realizada com quatro profissionais. Assim, neste capítulo, apresentamos os resultados obtidos com a pesquisa realizada.

## 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS ENTREVISTADOS.

Cada um dos profissionais convidados para participação no estudo foi escolhido com intuito de integrar um dos quatro eixos de atuação elaborados pelo CFESS, citados anteriormente. A escolha desta amostra se deu com objetivo de dar visibilidade à atuação do Assistente Social na política de saúde nos diferentes espaços ocupacionais possíveis.

Desta forma, o Assistente Social 01 encontra-se inserido no eixo referente ao atendimento direto aos usuários, o Assistente Social 02 encontra-se inserido no eixo Investigação, Planejamento e Gestão, mais especificamente atuando com gestão da política de saúde, o Assistente Social 03 encontra-se inserido no eixo Mobilização, Participação e Controle Social e o Assistente Social 04 encontra-se inserido no eixo Assessoria, Qualificação e Formação Social, mais especificamente atuando na área de formação profissional, com atividades relacionadas diretamente a formação para a área da saúde. A fim de dar maior visibilidade acerca das características de formação, educação permanente e atuação profissional dos entrevistados elaborou-se o quadro a seguir:

### QUADRO 01: CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS.

Profissional.	Ano de Conclusão da Graduação em Serviço Social.	Ano de Ingresso no serviço de saúde.	Eixo de Atuação na Política de Saúde.	Formação Específica para atuação na Política de Saúde.
Assistente Social 01	1983	2005	Atendimento direto com usuários.	Realização de cursos e seminários oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.
Assistente Social 02	1993	2000	Investigação, Planejamento e Gestão.	Especialização. Mestrado em Serviço Social com ênfase na área da saúde.
Assistente Social 03	1989	2010	Mobilização, Participação e Controle Social.	Formação Oferecida pelo Conselho Municipal de Saúde.
Assistente Social 04	2006	2010	Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.	Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública (Especialização). Mestrado em Serviço Social com ênfase na área da saúde.

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Com base nos dados do quadro, observa-se grande preocupação dos participantes da pesquisa com a formação permanente. Observa-se que os profissionais valorizam além das formações fornecidas pelas universidades, faculdades e centros de ensino, as capacitações oferecidas pela própria Secretaria Municipal de Saúde e pelos órgãos de controle social, como o Conselho Municipal de Saúde. Nos depoimentos identifica-se que um dos fatores que contribui para a busca de conhecimento específico para atuação na Política de Saúde é o fato de que os profissionais entrevistados não tiveram em sua graduação disciplina específica sobre a Política de Saúde.

Os Assistentes Sociais 01 e 03 formaram-se antes da promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, o que explica a inexistência desta disciplina em suas formações. Já os Assistentes Sociais 02 e 04 formaram-se já com a existência do SUS, contudo relatam que apenas tiveram alguma noção da política de saúde em disciplinas que não abordavam especificamente este tema, conforme aponta o **Assistente Social 04**: *“Só como o eixo, como unidade de uma disciplina. Mas não específica. Apesar de ter feito estágio na área da saúde”*.

Entende-se a formação permanente como item essencial para atuação profissional em qualquer área. É a partir da atualização de teorias e da legislação vigente que o profissional poderá ampliar seus conhecimentos e potencializar sua intervenção, independente do espaço sócio ocupacional em que se insira. Contudo, na área da saúde existe compromisso ainda maior com o aprimoramento profissional, uma vez que é Política Social que se encontra permanentemente em risco de desmonte devido a ampliação do pensamento e da perspectiva neoliberal, o que requer maior aprofundamento teórico com vistas a qualificar o debate e a defesa do Sistema Único de Saúde.

## 6.2 ASSISTENTES SOCIAIS: COMO CONCEBEM O CONCEITO DE SAÚDE?

Um dos principais questionamentos existentes no processo de elaboração do estudo foi à concepção que os profissionais possuíam a respeito de saúde e se utilizavam essa concepção para concretização de suas práticas cotidianas. Embora possa parecer impossível o sujeito possuir um entendimento de saúde e se utilizar de outra perspectiva para realizar seu trabalho, bem se sabe que o Assistente Social é profissional que tem sua prática atravessada pela existência de um empregador

(IAMAMOTO, 2009). Em muitas situações, a necessidade de manutenção de sua subsistência e de seu trabalho obriga o profissional a ir de encontro com os ideais da profissão para corresponder às expectativas do empregador e da instituição em que está inserido. Nos serviços de saúde não é diferente. As seguintes falas denotam o entendimento dos sujeitos sobre saúde:

*A definição oficial? (Risos). Porque tem a definição oficial, que não é apenas ausência de doenças. Eu procuro tratar assim a questão da saúde como qualidade de vida. E a partir disso tem o processo preventivo, [...] poder fazer com que as pessoas sejam mais saudáveis mesmo. [...]*  
**(Assistente Social 01)**

*Eu acho que saúde é tão... É tudo [...]. É transversal, são as condições, tanto mental de a pessoa estar bem, é ter acesso. Eu coloco também como saúde o acesso à informação. Acesso há tudo que está colocado lá: saneamento... Mas eu não queria... Eu queria fugir um pouco desses conceitos assim, já pré-determinados. [...] Eu acho que saúde para mim é tu fazer aquilo que tu gosta, puxando a saúde para mim, eu acho que a gente passa uma boa parte do tempo trabalhando e eu acho que tu ter [...], paixão, por aquilo que tu faz isso é saúde. (Assistente Social 02)*

*Não é só ausência de doenças. É tudo aquilo: Ter um ambiente saudável, ter uma alimentação saudável, é ter educação, é ter todos os direitos garantidos, que vai nos dar uma condição de saúde melhor. [...] é prevenir doenças e não ser curativa. Dentro do bem-estar ideal que seria. Até lá tem um caminho longo. (Assistente Social 03)*

*Entendo que saúde é processo social. Ela é processo, ela não é estática. A saúde é condicionada por múltiplos fatores, e ela é resultado da organização societária. E ter saúde ou não, tem como impacto a distribuição de bens e serviços, o acesso a direitos. Então a saúde é muito mais do que um conceito estático de ausência de doenças, mas é inclusive luta de classes. (Assistente Social 04)*

Observa-se que nas falas dos Assistentes Sociais 01 e 02 existe uma recusa em apresentar um conceito de saúde “oficial”, conforme os próprios entrevistados colocam. Ambos preferem elencar o seu próprio entendimento de saúde. Nessas duas falas também é possível identificar que a concepção de saúde relaciona-se com um estado de sentir-se bem: O Assistente Social 01 relaciona saúde com qualidade de vida e o Assistente Social 02 com sentimento de realização com relação ao seu próprio trabalho. Embora procure afastar-se de um conceito pronto de saúde, o Assistente Social 01, da mesma forma que o Assistente Social 03, se aproximam da perspectiva de saúde elaborada em 1948 pela OMS, que configura a saúde como “completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença ou enfermidade” ([BATISTELLA, 2008]).

Observa-se nas falas dos Assistentes Sociais 01, 02 e 03 referência muito próxima ao conceito elaborado pela OMS em 1948, uma vez que ratificam a perspectiva de bem-estar e também o entendimento que não é apenas ausência de doenças. Reitera-se que tal conceito é plenamente inatingível, pois o alcance de um completo “bem-estar físico, mental e social” torna-se uma perspectiva muito abstrata. Já o Assistente Social 04, apresenta uma perspectiva de saúde condicionada pela existência da Sociedade Capitalista e da luta de classes. Entende que a existência ou não de saúde por determinados grupos é construída socialmente e que não pode ser pensada de forma estática.

Embora apresentem perspectivas diversas, todas as falas apresentam elementos constitutivos do artigo 3º da lei 8.080 de 1990 que dispõe sobre o SUS:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. ([BRASIL, 1990])

Destacam-se, entre os elementos apontados pelos Assistentes Sociais e que se encontram presentes no conceito de saúde utilizado para fomentar o Sistema Único de Saúde, o saneamento básico, a alimentação, a educação e o acesso a bens e serviços. Interessante ressaltar que a importância dos processos preventivos à saúde também estão presentes em todas as falas, ficando mais evidente nas falas do Assistente Social 01 e Assistente Social 03.

Pode-se afirmar que não existe um conceito hegemônico de saúde entre os profissionais entrevistados. Todos apresentaram diferenças consideráveis entre seus entendimentos de saúde, sendo bastante preocupante que o conceito apresentado em 1948 pela OMS, e que já foi bastante questionado em debates posteriores por teóricos da saúde pública, ainda encontre-se tão presente no desenvolvimento das atividades dos Assistentes Sociais, uma vez que todos os profissionais afirmaram que o conceito que citaram é o mesmo que utilizam para desenvolver suas práticas cotidianas.

### 6.3 A INTERVENÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.

Outro aspecto que forma o núcleo norteador de realização desta pesquisa é o entendimento dos profissionais acerca dos determinantes sociais da saúde, bem como seu processo interventivo nesses fatores. Obtiveram-se respostas bastante variadas acerca das ações desenvolvidas pelos profissionais com a intervenção na determinação social da saúde. Tal processo torna-se ainda mais variável porque cada profissional encontra-se com uma ênfase de atuação diferente do outro. Foram obtidas as seguintes respostas:

*[...] Os determinantes sociais para mim, eles estão vinculados desde a estrutura que a pessoa tem no contexto de vida dela, no bairro, no local de moradia, até as possibilidades de cultura de lazer... Para mim tudo isso que vai de uma coisa até a outra e que está tudo junto envolve os determinantes de saúde ou de doença. [...] nesse local a gente atende uma população que tem um nível socioeconômico um pouco melhor. Até porque tem áreas restritas de atendimento de ESF que tem populações mais vulnerabilizadas [...] do que nós temos aqui. Por outro lado tem determinantes diferentes [...] envolvem as questões sociais no sentido de relacionamentos sociais, de negligência, de situações de abuso, que aparecem, mais do que, talvez, a pessoa não ter dinheiro para comprar uma medicação [...]. Então me parece que os determinantes, que aparecem mais aqui, em termos sociais, me parecem mais uma carência nesse sentido afetivo, de relacionamentos e tal, do que necessariamente de ordem infraestrutura ou financeira. Embora isso também apareça. **(Assistente Social 01)***

*Claro que a gente tem alguns locais com vulnerabilidade social. Não sei se em algum dia, em algum momento, vai se conseguir sanar tudo. Acho que o SUS já avançou bastante, mas acho que ele muito a avançar ainda. A gente não consegue ainda atender todas as demandas da saúde pública da população, digamos assim deste lugar que eu estou do distrito. Ainda faltam consultas, tem alguns nós. A prefeitura de Porto Alegre vem num processo de implantação da informatização, prontuário eletrônico, informatização das consultas. [...] Mas eu acredito que esse processo vai facilitar muito, porque teremos uma visualização do que realmente se precisa, do que realmente investir, onde vai estar tudo informatizado, onde antes tu não tinhas essas ferramentas. E é uma ferramenta de gestão, então ainda tem alguns locais difíceis assim de tu conseguir sanar, mas eu acho que a gente esta no caminho. [...] **(Assistente Social 02).***

*Eu não estou ligada diretamente a este foco. Aqui a gente trabalha segmentado e ao mesmo tempo todo mundo junto. A nossa coordenadora esta trabalhando na questão da saúde pelos povos, determinantes da saúde. [...] Mas aqui no meu dia a dia isso ainda não esta perpassando. [...] Eu estou muito ligada a essa ramificação, dos usuários, da organização, da participação dos usuários, isso aqui vai entrar em outra etapa, que eu não estou ligada diretamente, dos determinantes da saúde. **(Assistente Social 03)***

*Os determinantes sociais para mim incluem a dimensão de classe. Porque quando a gente fala em determinações sociais, essas são geradas por um*

núcleo, que é a estruturação da nossa sociedade. Então esses determinantes vão dialogar com as desigualdades sociais. E essas desigualdades vão se expressar no acesso, ou não, a serviços, direitos ou bens que promovam a qualidade de vida. Então esses determinantes sociais eles não podem ser vistos como fatores isolados. Esses fatores têm uma raiz comum e que com o debate na nossa área vai dialogar com a questão social. (Assistente Social 04)

Observa-se que cada profissional apresenta seu entendimento de determinação social de saúde a partir do espaço sócio ocupacional em que se insere. O Assistente Social 01, ao realizar atendimento direto aos usuários, apresenta sua concepção de determinantes sociais da saúde relacionado, principalmente, aos níveis sócio-ecômicos apresentados pelos sujeitos do território atendidos. Contudo, é possível notar que no entendimento deste profissional a determinação social da saúde não se limita apenas a condições de pobreza e baixa renda, mas também a outras vulnerabilidades sociais como abandono, abusos, violência etc.

Ao relacionar a fala do Assistente Social 01 com o modelo de Dahlgren e Whitehead apud Buss; Pellegrini Filho (2007), que foi apresentado no capítulo quatro, pode-se afirmar que o profissional faz relação direta com as camadas quatro e cinco deste modelo. O Assistente Social foca-se principalmente na efetivação das redes Inter setoriais de serviços, bem como as relações familiares e o acesso dos sujeitos aos bens e serviços essenciais para manutenção da saúde: acesso a habitação adequada, acesso a educação, acesso à renda, acesso ao saneamento básico entre outros. Cabe ressaltar, que este profissional não faz menção ao fator constituinte das expressões de desigualdade que determinam a saúde, que é a existência da sociedade capitalista.

Já o Assistente Social 02, que se encontra em cargo de gestão, parte do pressuposto que o mapeamento e a informatização de dados existentes, a partir de ferramentas de gestão, poderão garantir a superação de vulnerabilidades sociais existentes no território, estabelecendo assim relação com os determinantes sociais da saúde. Entende-se que as ferramentas de gestão e o mapeamento dos territórios que apresentam maiores desigualdades em saúde auxiliam no processo interventivo dos fatores determinantes sociais da saúde. Contudo, não é possível esperar que apenas ferramentas organizacionais sejam suficientes na intervenção e superação dos fatores que determinam a saúde. Corre-se o risco de atribuir papel maior ao que de fato espera-se da gestão e organização do Sistema Único de Saúde.



Com relação ao Assistente Social 03, é interessante observar que este não considera que sua atuação com o controle social e as organizações populares e de usuários possa ser compreendida como intervenção junto aos fatores determinantes sociais da saúde. Ao referir que apenas sua coordenadora atua juntamente com a comissão dos determinantes sociais da saúde e que o seu trabalho está ligado somente à mobilização social, observa-se que o profissional não consegue mensurar a importância de sua atuação profissional enquanto interventiva na determinação social da saúde.

Quando parte-se do pressuposto que a determinação social da saúde é fomentada pelas desigualdades sociais e que o profissional Assistente Social possui como objeto de trabalho a intervenção nas expressões de desigualdade e o fomento das resistências (IAMAMOTO, 2007), entende-se que a atuação profissional no controle social é de suma importância para potencializar a resistência da classe trabalhadora no que concerne o direito a saúde. Ao trabalhar diretamente com a mobilização popular, é possível sensibilizar os usuários e trabalhadores da política de saúde para lutas que vão ao encontro da manutenção deste direito. Além disso, pode auxiliar na reflexão da população usuária no que concerne as suas próprias condições e modos de vida, a fim de suscitar mudanças de cunho pessoal e reivindicações sociais coletivas.

Observa-se que o Assistente Social 04, ao localizar a existência dos determinantes sociais da saúde com a sociedade capitalista, que se encontra dividida em classes, aproxima-se do entendimento de Costa (2009, p. 444) que entende a saúde “como bem coletivo e, portanto, produto da acumulação social”. Ao tratar-se de produto social, encontra-se em disputa e sendo esta sociedade desigual não está ao alcance de todos. Entende-se também que o Assistente Social 04, configura a não existência de desigualdades em saúde apenas com a superação da Sociedade Capitalista. Tal perspectiva vai ao encontro do Código de Ética Profissional do Assistente Social, de 1993, que posiciona-se a favor da construção de uma nova ordem societária livre de qualquer forma de exploração ou subordinação (CFESS, 1993).

Da mesma forma que não há hegemonia entre os conceitos de saúde utilizados pelos profissionais para nortear a prática profissional, também não há consenso no conceito de Determinantes Sociais de Saúde adotados pelos Assistentes Sociais entrevistados. Entende-se que ainda são poucas as produções

teóricas elaboradas pela categoria profissional que versam sobre esta temática. Tal falta de consenso e de direcionamento comum da profissão pode vir a ser um agravador na concretização de ações efetivas na garantia do direito a saúde. Reitera-se que é de suma importância ampliar o debate sobre este tema, com vistas ao interesse não somente da Política de Saúde, mas das políticas sociais e públicas como um todo, uma vez que o tema da determinação social da saúde acaba por impactar nas mais variadas áreas de atuação profissional.

#### 6.4 DESAFIOS E POSSIBILIDADES APRESENTADOS PARA CONCRETIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.

Outro questionamento apresentado aos profissionais referia-se aos desafios e possibilidades que estes observavam em seu cotidiano para efetivação de suas práticas. Através das falas dos sujeitos observa-se que três deles (Assistente Social 01, Assistente Social 02 e Assistente Social 04) fizeram referência a existência de um trabalho em equipe bem articulado como essencial para alcance dos seus objetivos e os objetivos das instituições. Outro fator positivo elencado por dois Assistentes Sociais (01 e 02) é a autonomia que possuem para realizar seu trabalho:

*[...] são as reuniões de equipe, fazendo discussão [...] de alguma situação concreta que aconteça tentar fazer essa discussão de uma forma mais próxima, ver o que se pode orientar, a partir das informações, as pessoas. [...] Usando a autonomia que a gente tem para fazer a gestão do próprio trabalho da gente, que vai por essa linha, que é da gente também poder concretizar, colocar em prática o que a gente acredita, o que a gente tem por objetivo. (Assistente Social 01)*

*[...] O que potencializa, é que eu tenho autonomia, me sinto com muita autonomia para fazer as coisas que eu acredito. E eu gosto deste lugar. Eu tenho paixão. E eu acho que aqui na gerência a gente tem uma boa equipe assim. Eu acho que se formou um bom casamento das pessoas que estão aqui. E eu acho que isso é fundamental para que as coisas... não que não tenha momentos em que a gente discorde, brigue, mas faz parte. E de uma forma para construir. [...] (Assistente Social 02)*

*[...] a gente acaba tendo um papel determinante, seja na fiscalização de obras que muitas vezes são desviadas, nos contratos, nessas coisas todas. É importantíssimo o trabalho mesmo com todas as dificuldades. [...] (Assistente Social 03)*

*[...] é um grupo interdisciplinar que se envolve nisso, desde a graduação. De alunos trabalharem com o SUS, uma quantidade muito boa, tanto a ampliação desta atividade para todos os cursos da área da saúde, então eu trabalho com nove (09) bolsistas. Nove (09) bolsistas de todas as áreas da saúde, que muitas vezes, talvez até na vida profissional depois, nunca vão ter um diálogo tão interdisciplinar. Que estejam todas as profissões da área da saúde lá. Então são possibilidades grandes. (Assistente Social 04)*

A importância das reuniões de equipe e trabalho conjunto com outros profissionais é novamente referendada pelos Assistentes Sociais quando estes são questionados se conseguem realizar um trabalho interdisciplinar. Todos os profissionais informaram que realizam práticas interdisciplinares em seus cotidianos profissionais. A interdisciplinariedade é elemento chave para a concretização do princípio norteador do SUS que é a integralidade, a fim de garantir que os usuários dos serviços sejam atendidos em suas demandas e necessidades de forma plena.

O Assistente Social 03 apresenta o próprio espaço em que está atuando e as ações que vem desenvolvendo como aspecto positivo. O profissional reitera a importância do controle social e da fiscalização das ações que são desenvolvidas para execução da política, como essencial para o desenvolvimento efetivo da mesma. O Assistente Social 04 também identifica a formação profissional, que é sua área de atuação, como o principal aspecto positivo do seu campo de atuação.

Com relação às dificuldades apresentadas nos espaços de trabalho observam-se diferenças entre a fala dos profissionais. O Assistente Social 01 relata que a maior dificuldade são as concepções de saúde apresentadas por outros profissionais e até mesmo por usuários, o Assistente Social 03 identifica falhas na comunicação e divulgação das ações desenvolvidas pela instituição e o Assistente Social 04 elenca as dificuldades existentes no mundo do trabalho como o grande limitador. Já o Assistente Social 02, ao contrário de todos os outros, informa em sua fala que não observa limitações para realização do seu trabalho:

*Acho que o limite principal, ou a dificuldade principal é a não visão de alguns profissionais em relação à saúde pública, desse novo, não tão novo assim, quadro que está por trás dessa concepção de SUS assim, sistema único de saúde, do atendimento de atenção primária, do significado disso, e da gestão disso, claro que a gente é só parte, nem todos os profissionais foram formados para essa linha, para essa concepção. Mas eu penso assim que quem se propõe a discutir, a pensar sobre isso se atualizar, outros não, mas bom faz parte e agente tem que saber lidar com isso. [...] a cultura que tem na própria população, que às vezes tem uma expectativa de um tipo de atendimento que não é a que a gente está querendo responder, então tem muito que pensar, em conversar com as pessoas, dizer por que é assim e não é de outro jeito, então passa por aí assim essas dificuldades maiores que aparecerem. Mas que é o desafio. (Assistente Social 01)*

*Limitações.... Eu não consigo dizer nenhuma. Quando se tem algumas dificuldades, outros caminhos, outras frestas, outras formas.... Eu procuro trabalhar de uma forma muito positiva. [...] As vezes tem algumas dificuldades que fazem parte da vida e de qualquer local. Eu acho que daí a gente tem que buscar outras dimensões. (Assistente Social 2)*

*O que basicamente precisa ampliar é a questão da comunicação. Questão da comunicação externa. Porque a prefeitura às vezes gasta mais em*

*comunicação, em propaganda, em imprensa, do que na própria política. Ai vai sempre uma única vertente para a comunidade. Então para contrapor essa fonte de informação que é cotidiana, [...] esta mal neste aspecto. Esta mal no sentido que nós estamos brigando por uma assessoria de comunicação, então a gente não tem o mesmo espaço de mídia a gente não tem o mesmo poder de contra ponto com a sociedade. (Assistente Social 03)*

*Os limites que são estruturais, os limites que são do mundo do trabalho, limites da sobrecarga, muitas vezes se tu fores ver os limites aqui na universidade nem são os limites da condição de trabalho, as condições não são precárias. Mas, a sobrecarga, o acúmulo de atividades que tu tem, para o conjunto de horas que tu tem para isso, e o trabalho que não é visto, acho que é isso assim, limites das relações de trabalho, do mundo do trabalho [...] (Assistente Social 04).*

Os limites apresentados pelo Assistente Social 01 podem ser compreendidos como as diferentes perspectivas de saúde e de entendimento do Sistema Único de Saúde apresentados pelos diversos atores que se ligam a esta política. Esses conceitos estão em disputa e são construídos e pensados dentro das equipes de saúde e com os usuários cotidianamente. Com relação ao Assistente Social 02 referir não identificar limitações para realização de sua prática, pode-se dizer que pode estar havendo dificuldades de identificar as inúmeras contradições que se colocam no cotidiano profissional, que não é permeado apenas por aspectos positivos. Justamente por não ser estanque, é que se mostra necessário identificar na realidade, aspectos que são limitadores para transforma-los em possibilidades.

O Assistente Social 03, ao manifestar como limite a impossibilidade da instituição em que esta atuando possuir um sistema de comunicação adequado e que dê visibilidade às ações desenvolvidas pelo controle social denuncia que ainda vivencia-se, mesmo após mais de 20 anos de promulgação do SUS, descaso no que se refere ao reconhecimento da importância do controle social para a política de saúde. O direito a informação e da divulgação dos serviços de saúde é dever primordial do controle social, sendo um limite institucional bastante considerável para concretização da prática do Assistente Social 03.

Entende-se que os limites apontados pelo Assistente Social 04, são limites vivenciados por todos os outros profissionais, embora não tenham sido destacados por eles. A precarização das condições de trabalho, o elevado número de tarefas, a sobrecarga que obriga a realizar tarefas em momentos que não deveriam ser de trabalho encontram-se presentes no cotidiano de todos os trabalhadores. Nenhum espaço de trabalho é desprovido de limitações. Estas limitações podem ser

encaradas como desafios, que exigirão dos profissionais proposições com vista à superação ou minimização dos efeitos negativos.

## 6.5 CONCEPÇÃO DAS DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL.

Conforme debatido no capítulo três, parte-se do pressuposto que as Dimensões da Competência Profissional são formadas por três eixos principais: dimensão ético-política, dimensão teórico-metodológica e dimensão técnico-operativa. Tais dimensões são complementares, sendo necessária sua articulação constante. Não há possibilidade de elencar soberania de uma das dimensões com relação às outras. Quando questionados sobre o entendimento que possuíam acerca das Dimensões da Competência Profissional, os Assistentes Sociais apresentaram respostas bastante diversas:

*Eu acho que para mim essas dimensões da competência profissional, são as diversas instancias em que tu podes atuar. As diversas áreas ou de uma mesma área, assim, por exemplo, que nem eu que estou na saúde, mas a dimensão da minha competência aqui, ela vai desde a saúde que é a minha área específica em que eu trabalho, até a questão da assistência, da própria educação, também muitas vezes tem a questão jurídica, que não estão especificamente na minha competência necessariamente, mas que englobam a minha competência específica. Para mim vai nessa direção. (Assistente Social 01)*

*Eu acho que toda essa relação que eu tenho com os trabalhadores, que o meu foco, como eu estou na gestão está mais ligado às relações de trabalho, a organização dos trabalhadores, eu não tenho uma relação direta com os usuários pelo fato de estar na gestão. Claro que a minha relação com os trabalhadores acaba tendo um reflexo junto ao usuário. Eu procuro trabalhar de uma forma transparente, democrática. Eu acredito muito nos dispositivos que eu utilizo muito que são as reuniões de equipe. Eu acredito que todos os serviços tem que ter um espaço para estar discutindo a sua organização, o seu jeito de trabalhar. E nesse espaço que tem que estar sendo construído. Não adianta a gerência dizer como é que tem que ser. [...] (Assistente Social 02)*

*Não importa o local onde você está atuando, as articulações que forem necessárias, tu vai procurar a metodologia que for necessária, para colocar em prática o teu código de ética, aquilo que tu entende, a tua visão de mundo, e aquilo que está colocado, se é a favor do usuário. As dimensões são isso: os diversos elementos que tu vai usar para por em prática. (Assistente Social 03)*

*Basicamente essas dimensões são trabalhadas em três eixos, que é a técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política. Mas na realidade essas dimensões são uma unidade, pois não tem como tu pensares a competência profissional sem pensar na conjugação dessas três dimensões. Eu vejo que até pedagogicamente elas tem sido articuladas nesses três eixos por conta da formação profissional, para que tu possas*

*dar destaque. Para mim as dimensões mais importantes, que constituem aqui a base, que é fundamento para a competência profissional é a dimensão teórico-metodológica. Porque a dimensão teórico-metodológica inclusive é a que vai dar sentido para a dimensão ético-política. Porque se tu não tiveres clareza de teoria e método na interpretação da realidade tu não vai ter nem clareza de direcionamento político. Então para mim a dimensão mais importante, não que ela seja mais importante, mas a que fundamenta que articula as outras dimensões é a teórico-metodológica.*  
**(Assistente Social 04)**

Entende-se que as respostas elencadas pelos Assistentes Sociais encontram-se diretamente ligadas com o período de suas formações profissionais. O debate acerca das Dimensões da Competência Profissional é relativamente novo, estando ligado ao currículo mínimo para as graduações em Serviço Social estabelecido pela ABEPSS em 1996. Apenas o Assistente Social 04, que se formou em 2006, vivenciou em sua formação as atualizações as atualizações propostas pela ABEPSS com as atualizações de currículos.

É possível observar na fala do Assistente Social 01 certa confusão entre o espaço ocupacional do Assistente Social e as dimensões da competência. Ao informar que as dimensões da competência são os diferentes espaços em que o profissional pode atuar e citar a necessidade de conhecer os elementos constituintes das diversas políticas sociais observa-se que ele identifica estes elementos como aspectos teóricos, metodológicos, éticos e operativos que envolvem sua prática cotidiana.

Já o Assistente Social 02 relaciona as dimensões da competência com o trabalho que é desenvolvido por ele na instituição em que esta atuando. Pode-se dizer que nesta fala apresenta-se maior aproximação com a dimensão técnico-operativa, uma vez que são feitas muitas referências à forma como o trabalho desenvolve-se. Observa-se também alusão a dimensão ético-política quando o profissional referencia a autonomia e a organização de cada serviço, embora não haja menção direta as dimensões da competência.

Ao contrário dos outros dois profissionais, entende-se que o Assistente Social 03 destaca a importância da articulação das diferentes dimensões da competência. Ao referir que as dimensões da competência são os elementos que devem ser colocados em prática para concretizar os aspectos presentes no Código de Ética, visualiza-se compromisso do profissional com o Projeto Ético-Político da Profissão.

O Assistente Social 04, por sua vez, coloca seu posicionamento de forma intimamente ligada ao lócus em que está inserido. Por estar atuando com formação profissional, entende-se que o Assistente Social 04 tenha maior aproximação com a categoria teórico-metodológica, destinando a essa papel de destaque e de articulação das demais dimensões da competência profissional. Contudo, como bem aponta Iamamoto, a dimensão teórico-metodológica,

só se completa e se atualiza ao ser frutificado pela história, pela pesquisa rigorosa das condições e relações particulares em que se vive. Requer o acompanhamento da dinâmica dos processos sociais, como condição, inclusive, para a apreensão das problemáticas cotidianas que circunscrevem o exercício profissional. (IAMAMOTO, 2007, p. 54)

Embora seja de suma importância, a dimensão teórica-metodológica sozinha, nem nenhuma das outras dimensões da competência profissional pensadas isoladamente, é capaz de possibilitar respostas efetivas para realização do exercício profissional. É necessária a articulação constante das dimensões da competência profissional nas ações desenvolvidas pelos profissionais. É preciso compromisso ético, aliado a uma visão de mundo que vá ao encontro da construção de uma nova ordem societária. Para tanto é necessário conhecimento teórico e técnico da profissão e das diferentes áreas de atuação em que o profissional Assistente Social se insere, enfatizando o conhecimento da área de atuação em que esta inserida.

## 6.6 CONHECIMENTO ACERCA DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DA PROFISSÃO.

Seguindo ainda na linha do entendimento das Dimensões da Competência Profissional, questionou-se aos Assistentes Sociais qual o seu conhecimento acerca do Projeto Ético Político Profissional. Segundo Netto (2009), o Projeto Ético-Político estabelece a autoimagem da profissão, bem como os valores, direcionamento político, teórico, metodológico e as relações com usuários e outras categorias profissionais. Além disso, o Projeto possui elementos imperativos, que devem ser cumpridos obrigatoriamente pelos profissionais, como a legislação vigente, o currículo mínimo dos cursos de graduação e a inscrição no conselho da categoria em nível estadual (CRESS). A partir dos questionamentos obteve-se as seguintes respostas:

*Eu conheço o código de ética, eu já tive aquele curso de multiplicadores do CRESS, há um bom tempo atrás [...] (Assistente Social 01)*

*Nosso código de ética diz tudo. Temos que estar do lado dos usuários. E o controle social, o exercício do controle social, para o assistente social é tirar do papel aquilo tudo que está no nosso código de ética e colocar em prática. Não basta ter direitos, tem que lutar por esses direitos. Tem que saber que existe o direito primeiro para poder lutar por eles. (Assistente Social 03)*

*Ele é a direção social da profissão. Não só sistematizado no Código de Ética, mas também na proposta de formação profissional, na lei de regulamentação da profissão, na produção acadêmica da área. Enfim, é algo constante de conhecimento, de discussão. (Assistente Social 04)*

O Assistente Social 02 respondeu esta pergunta juntamente com a questão correspondente as Dimensões da Competência Profissional. Tal fala foi exposta no subitem anterior. Observa-se que a menção ao Código de Ética esteve presente na fala de todos os profissionais. Isso decorre porque tal legislação trata-se de aspecto não optativo para realização da prática profissional. É necessário realizar a prática profissional de acordo com os preceitos instituídos no Código de Ética.

Destaca-se a fala do Assistente Social 03, que reitera o compromisso da categoria dos Assistentes Sociais com a classe trabalhadora e com os usuários dos serviços. Além disso, reitera a importância da defesa intransigente pelos direitos sociais. Já a fala do Assistente Social 04 diferencia-se dos demais, pois lembra que o Projeto Ético-Político não se limita ao Código de Ética. Reitera a importância de pensar a constituição do Projeto como algo que se encontra em constante discussão e movimentação.

Como aponta Netto (2009), o projeto Ético-Político Profissional é hegemônico, mas não é unânime em toda a categoria profissional. Divergências teóricas, metodológicas e operacionais acirram o debate dentro da categoria profissional e possibilitam refletir sobre a imagem expressada pelo Serviço Social na contemporaneidade. É a partir das diferenças existentes e dos debates realizados, de forma crítica, que são realizados avanços e modificações na forma de ser da profissão. Entende-se que as produções teóricas e científicas se colocam como aspectos de suma importância para ampliação deste debate.



## 6.7 PRINCÍPIOS NORTEADORES DO SUS E O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.

Por fim, um dos objetivos da pesquisa era identificar como os Assistentes Sociais contemplavam os princípios norteadores do SUS em suas práticas. A intencionalidade com a questão era identificar quais as estratégias utilizadas pelos profissionais para concretização da universalidade, integralidade e equidade nos espaços ocupacionais em que estão inseridos. Obteve-se as seguintes respostas:

*A universalidade eu acho que muito numa linha de orientação, de informação, a gente tem recebido muitas pessoas, um público assim, que tem convênios, que tem atendimento pela iniciativa privada, mas que está [...] vindo para o atendimento público, seja pela medicação, seja porque os exames são caros através da iniciativa privada. E aí assim, é interessante porque essas pessoas entendem que por vezes elas não têm direito a esse atendimento, que o SUS é para pobre, então esse aspecto da universalidade trabalha muito no atendimento em relação a isso: Que não. Que é uma política pública, que eles têm direito, que é universal, e que a partir disso qualquer pessoa pode acessar. Enquanto direito e não como favor do Estado. [...] E essa questão da integralidade muito em questão com o trabalho em equipe, com o trabalho em rede, para que essa pessoa seja atendida não só naquela demanda específica que ela tem, mas em termos integrais, gerais, auxiliando para que ela acesse outro atendimento que ela precise [...]* **(Assistente Social 01)**

*Eu acho que a forma como a gente faz a gestão tu viabilizas, tu potencializas, tu constróis esses princípios. Eu acho que a partir do momento que a gente quer fortalecer os conselhos locais, onde também junto com os trabalhadores tu estás qualificando, estás constituindo as reuniões de equipe, tu organiza melhor o processo do teu trabalho, tu consegues dar um retorno, uma resposta melhor para o usuário [...]* **(Assistente Social 02)**

*Aqui a gente esta sempre reafirmando esses princípios da equidade, do acesso, mas eu acho que o que mais esta pautado hoje é a questão da equidade. De estar discutindo a questão dos indígenas, dos negros, da população de rua, então este esta sendo um foco muito importante este ano. De estar trabalhando inclusive em seminário. Aí tu vai ver todos os indicadores da população negra, seja de AIDS, na questão materna, todas as precarizações tem cor, tem segmento, os indígenas tem muito a questão do alcoolismo, do respeito no acolhimento, então hoje nós estamos trabalhando várias vezes, várias unidades de saúde, da humanização do acolhimento, do atendimento, que isso seja diferenciado [...] Então hoje o foco é a equidade e o acesso. Acho que todos estão presentes nas discussões, mas hoje o foco é a equidade.* **(Assistente Social 03)**

*No espaço da docência a ideia é que em primeiro lugar tu possas discutir esses princípios. Quando tu discutes que saúde é muito mais que ausência*

*de doenças, que tu trabalha a discussão de um conceito amplo de saúde, tu trabalha a integralidade a partir da formação. Quando tu debates, a defesa do SUS tu também esta discutindo a universalidade e a equidade. Ter clareza da reforma sanitária, enfim, defender esse sistema. A gente esta como um todo lutando por esses princípios, no futuro nas práticas profissionais que eles vão realizar. (Assistente Social 04)*

O Assistente Social 01 reafirma a importância da universalidade para o desenvolvimento de suas atividades cotidianas. Universalidade compreendida como “a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 4). Quando o profissional desmistifica velhas falácias como, por exemplo, “saúde pública é apenas para pobres”, contribui significativamente para uma orientação correta acerca do direito estatal garantido pela política de saúde e pelo Sistema Único de Saúde.

O profissional também destaca a integralidade das ações desenvolvidas. Integralidade compreendida a partir do entendimento que o sujeito é composto como um “todo indivisível e integrante de uma comunidade; As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 4-5). Para tanto o Assistente Social 01 observa se as demandas dos sujeitos são atendidas como um todo, sem que haja fragmentação de suas necessidades ou foco específico apenas na política de saúde.

Entende-se que o Assistente Social 02 também destaca o princípio da integralidade, mas em uma perspectiva diferente da apontada pelo Assistente Social 01. Como o trabalho desenvolvido por este profissional se dá na gestão da política, observa-se que ele enfoca a integralidade no sentido de organizar os serviços com intuito de disponibilizar todos os níveis de atenção (básica, média e alta complexidade) para atendimento aos usuários.

Por sua vez, o Assistente Social 03 destaca o princípio da equidade. Equidade que compreende que “todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 5). Além do entendimento de garantia de acesso para todos, a equidade pressupõe compreender as necessidades particulares de cada sujeito ou grupos sociais, a fim de corresponder com atendimento que vá ao encontro dessas demandas. O profissional destaca a atuação do controle social na defesa da saúde de populações específicas, como

saúde da população negra, saúde da mulher, saúde dos indígenas etc. Entende-se que o reconhecimento das diferenças possibilita pensar em práticas de saúde que contemplem diversos públicos. Isso potencializa, inclusive, a intervenção nos Determinantes Sociais da Saúde.

Por fim, o Assistente Social 04, ao referir à formação profissional, potencializa em sua fala à importância de contemplar todos os princípios norteadores do SUS na formação em nível de graduação dos acadêmicos. Fica evidente nesta fala, que o estudo dos princípios norteadores do SUS vai para além de pensar nos princípios tendo como foco apenas eles mesmos. É necessário compreender o movimento histórico que culminou com o Movimento da Reforma Sanitária. É preciso compreender o desenvolvimento da gestão e execução do Sistema Único da Saúde na contemporaneidade. E a partir disso, pensar formas concretas para efetivação destes princípios.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao fim de uma monografia, independente do grau acadêmico que é atribuído ao trabalho, não se encontra uma conclusão ou um fechamento. Na verdade, encontram-se apenas algumas respostas para as perguntas iniciais e muitos outros questionamentos que foram sendo construídos ao longo do estudo. O processo dialético de formação do conhecimento pressupõe o entendimento de provisoriedade. É necessário compreender que o conhecimento se constrói cotidianamente, onde o velho é absorvido pelo novo na produção constante da ciência.

Ao introduzir essa dissertação, colocou-se como motivador para construção deste trabalho um posicionamento em defesa da saúde pública, oferecida de forma estatal e pautado por um entendimento ampliado de saúde que reconhece os múltiplos aspectos biopsicossociais que lhe são constituintes. Entende-se que por ser um conceito e um sistema em disputa, é necessário que cada vez mais sejam realizadas produções científicas que defendam a consolidação dos direitos e políticas sociais, em especial a saúde que é pressuposto básico para a manutenção vida humana.

Destaca-se que a pesquisa vai ao encontro do direcionamento posto pela Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior - CAPES, no que concerne a inclusão do estudo em uma das linhas de pesquisa exploradas pelo curso de Pós-Graduação. Sendo que o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS direciona-se pela área de concentração Serviço Social, Políticas e Processos Sociais e a pesquisa de mestrado faz parte da linha de pesquisa Serviço Social e Processos de Trabalho, espera-se poder contribuir no fomento de nova produção bibliográfica expressamente comprometida, assim como o curso de Pós-Graduação, com a reflexão acerca da prática profissional.

Um dos desafios posto para a realização desta dissertação foi à dificuldade de encontrar referencial bibliográfico que discuta de maneira crítica a temática dos Determinantes Sociais da Saúde. Entende-se que esta temática é de suma importância, e sua pesquisa e intervenção devem ser ampliadas não tão somente pelos Assistentes Sociais que atuam na política de saúde, mas por toda a categoria profissional, uma vez que ao longo do trabalho foi possível visualizar que os fatores

que determinam a saúde encontram-se presentes nos mais variados campos de atuação profissional do Assistente Social.

Com essa pesquisa foi possível concluir que o principal aspecto fomentador da Determinação Social da Saúde é a própria existência da Sociedade Capitalista. Da literatura pesquisada, poucas menções foram feitas neste sentido e muito do que ainda existe de referencial nesta temática elenca os fatores determinantes de forma isolada a contextos mais globais. Da mesma maneira, na realização das entrevistas com os profissionais, também se observou poucas menções a uma leitura mais macro societária da realidade.

Entende-se que estando o Assistente Social comprometido, através do seu Código de Ética e do Projeto Ético-Político, com a construção de uma nova ordem societária é preciso que identifique, nesta sociedade, formas de tencionar o que se encontra posto. Para tanto, é preciso que esteja atento e disposto a contribuir com as diferentes formas de organização popular e de movimentos sociais que lutem diretamente pelos interesses da classe trabalhadora.

Os resultados obtidos com a pesquisa no que se refere à compreensão dos profissionais acerca das Dimensões da Competência Profissional e do Projeto Ético-Político Profissional foram bastante instigadores. Embora se observe que os profissionais entrevistados tem compreensão prática dos preceitos éticos e do direcionamento político defendido pela profissão, observa-se que ainda existem dúvidas, principalmente acerca das Dimensões da Competência. É necessária a sensibilização da categoria para fomentar um debate maior sobre esse aspecto, que atinja os profissionais inseridos na política de saúde e nos diferentes espaços sócio ocupacionais.

Observou-se, através da fala dos Assistentes Sociais que se encontram atuando na política de saúde, grande compromisso pela defesa e manutenção do Sistema Único de Saúde. Com a realização das entrevistas foi possível observar que os profissionais encontram-se imbuídos com conhecimento acerca do desenvolvimento, gestão, execução, formação profissional e controle social desta política. Tal fato é animador, pois a partir da união dos profissionais, usuários e teóricos da saúde, podem-se ampliar as lutas que objetivam não tão somente diminuir as refrações que os serviços de saúde vêm vivenciando por conta do Projeto Neoliberal, mas sim garantir que as legislações existentes saiam do papel e se operacionalizem de forma plena para a população.

Por fim, espera-se que este estudo tenha conseguido atingir seu objetivo principal que era dar maior visibilidade ao trabalho do Assistente Social nos diferentes eixos de atuação profissional na política de saúde. Ao optar pela realização de quatro entrevistas, procurou-se explorar a riqueza de detalhes existente na fala de cada profissional, para que estes pudessem se posicionar acerca do seu trabalho a partir do espaço que ocupam, bem como dar visibilidade para as percepções da realidade que os sujeitos possuem dos diferentes serviços de saúde. Esse estudo é de suma importância também para a autora, pois foi possível repensar sua própria prática profissional a partir das experiências dos entrevistados. Desta forma, tem-se uma produção dialética do conhecimento, onde é possível aprender e ensinar sempre.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Lei de Diretrizes Curriculares**. Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social. 1996. Disponível em: [http://www.abepss.org.br/briefing/documentdo/Lei\\_de\\_Diretrizes\\_Curriculares\\_1996.pdp](http://www.abepss.org.br/briefing/documentdo/Lei_de_Diretrizes_Curriculares_1996.pdp)

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Educação Profissional e Docência em Saúde: A Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. [2008] Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?livro\\_id=6&area\\_id=2&autor\\_id=&capitulo\\_id=14&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=14&arquivo=ver_conteudo_2)> Acesso em: 15 de dezembro de 2012.

BAUER, Martin W.; AARTS, Bas. A construção do Corpus: Um princípio para a coleta de dados qualitativos. in BAEUR, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos da Política Social. in MOTA, Ana Elizabete (org. et al.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 161-196

BELLINI; Maria Isabel Barros; CLOSS, Thaísa Teixeira. **Serviço Social, Residência Multiprofissional e Pós-Graduação: A excelência na formação do Assistente Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/Ebooks/Pdf/978-85-397-0192-6.pdf>> Acesso em: 24 de dezembro de 2012.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e Perspectivas atuais. In **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Volume 30 nº 3. São Paulo, dezembro de 1996. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341996000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341996000300004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 24 de agosto de 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. in CRESS. Conselho Regional de Serviço Social 10ª Região. Coletânea de Leis: Revista e Ampliada, 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. in MOTA, Ana Elizabete (org. et al.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In BRAVO, Maria Inês Souza. et. al. **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006. p. 197-217.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e Seus Determinantes Sociais in **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro nº 17, 2007. p. 77- 93.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Brasília, 1993. in CRESS. Conselho Regional de Serviço Social 10ª Região. **Coletânea de Leis: Revista e Ampliada**, 2005.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.cressrs.org.br>>. Acesso em: 24 de novembro de 2010.

CODATO, Adriano Nervo. Uma História Política da Transição Brasileira: Da Ditadura Militar à Democracia. In **Revista de Sociologia e Política**. nº 25. Curitiba. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782005000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-44782005000200008&script=sci_arttext) Acesso em: 30 de agosto de 2012.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. [s/d] Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/>> Acesso em: 15 de dezembro de 2012.

COSTA, Ana Maria. Determinação Social da Saúde: Um tema potente na mobilização pelo direito a saúde? in **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, nº 83, p.443-446, set./dez. 2009.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2006.

DIEESE - DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS; MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO – MTE. **Nota Técnica: O trabalhador da saúde de seis regiões metropolitanas brasileiras**. [2004]. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/notatecnica/notatec33saude.pdf>>

DUARTE, Lidiane. **Governo de João Goulart (Jango)**. [2007] Disponível em: <<http://www.infoescola.com/historia/governo-de-joao-goulart-jango/>> Acesso em 14 de julho de 2012.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde in **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, nº 83, p.380-387, set./dez. 2009.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP) in MERHY, Emerson Elias et al. **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. COORDENADORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. **Só Rindo da Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. Disponível em:



<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sorrindo\\_da\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sorrindo_da_saude.pdf)> Acesso em: 20 de janeiro de 2013.

GADOTTI, Moacir. **Concepção dialética da educação**: Um estudo introdutório. São Paulo: Editora Autores Associados: Cortez Editora, 1983.

GARRAFA, Volnei; CORDON, Jorge. Determinantes Sociais da Doença in **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, nº 83, p.388-396, set./dez. 2009.

GERSCHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa**: Um estudo da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2007

\_\_\_\_\_. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: Capital financeiro e questão social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. in MOTA, Ana Elizabete (org. et al.) **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009. p. 161-196.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social – Saúde**. [2011] Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf)> Acesso em: 11 de setembro de 2012.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

LEFEBVRE, Henry. **Lógica Formal, Lógica Dialética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes Para a História dos 50 anos do Ministério da Saúde. In **Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro. Setembro/Dezembro de 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300012)> Acesso em: 24 de agosto de 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MARX, Karl. **O Capital**. Crítica da Economia Política. Livro 1 – O processo de produção do Capital. Volume I. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos Económicos – Filosóficos**. Lisboa: Edições 70, 1993.

\_\_\_\_\_. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

\_\_\_\_\_. **A Questão Judaica**. [2011] Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1843/questaojudaica.htm>> Acesso em: 24 de outubro de 2011.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Manifesto do Partido Comunista. in REIS FILHO, Daniel Aarão. **O Manifesto Comunista 150 anos depois**. São Paulo: Perseu Abramo, 1998.

\_\_\_\_\_. **A ideologia Alemã**. São Paulo: Martin Claret, 2004. (Coleção a Obra Prima de Cada Autor).

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e Saúde: Declaração de Alma-Ata e Movimentos Posteriores. In **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 2004. Maio-Junho (12) 3, 2004. p. 447-448. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a01.pdf>> Acesso em: 15 de dezembro de 2012.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Revista Saúde e Sociedade**. [online]. 2011, vol.20, n.2, pp. 522-532. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf>> Acesso em: 08 de dezembro de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. [2005]. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob\\_rh\\_2005.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf)> Acesso em: 04 de outubro de 2012.

\_\_\_\_\_. **Pacto Pela Saúde – 2006**. Portaria nº399 GM de 22 de fevereiro de 2006. [2006] Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 09 de dezembro de 2012.

\_\_\_\_\_. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. [2009]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)> Acesso em 09 de dezembro de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios**. [2009]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf)> Acesso em 09 de dezembro de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE. **ABC do SUS: Princípios e Doutrinas**. Brasília / DF. [1990]. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-17-abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf/view> Assesso em: 12 de outubro de 2012.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. in MOTA, Ana Elizabete (org. et al.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 218-241.

MIOTO, Regina Célia Tomaso; LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. In **Revista Textos e Contextos**. v. 8 nº 1. Jan-jun 2009. p. 22-48. Disponível em:  
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/5673/4126>. Acesso em 28 de dezembro de 2012.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. in MOTA, Ana Elizabete (org. et al.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 141-160.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Redução das Desigualdades no Período de uma Geração**: Igualdade na saúde através da ação sobre seus determinantes sociais. OMS: Portugal, 2010. Disponível em:  
<[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706\\_por\\_contents.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por_contents.pdf)>  
Acesso em: 28 de dezembro de 2012.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Série: Saúde no Brasil**. Disponível em:  
<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>> Acesso: 24 de agosto de 2012.

PRATES, Jane Cruz. **Polígrafo Didático Disciplina de Pesquisa Social**. Material elaborado para fins didáticos. 2008.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social: Temas e Questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

SOUSA, Rainer. **João Goulart**. [2012] Disponível em:  
<<http://www.brasilecola.com/historiab/joao-goulart.htm>> Acesso em: 14 de julho de 2012.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS: Modelos Assistenciais e Vigilância de Saúde. In **Revista IESUS, VII**. Abril e Junho de 1998. Disponível em:  
<[http://observasaudes.sp.gov.br/saude/sus/Acervo/iesus\\_vol7\\_2\\_sus\[1\].pdf](http://observasaudes.sp.gov.br/saude/sus/Acervo/iesus_vol7_2_sus[1].pdf)>  
> Acesso em: 08 de dezembro de 2012.

## APÊNDICES

### APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente termo de Consentimento Livre e Esclarecido refere-se à participação na pesquisa de mestrado intitulada **“O trabalho do assistente social na política de saúde em Porto Alegre: Analisando as dimensões da competência e o conceito ampliado de saúde”**. Tal estudo objetiva analisar como os Assistentes Sociais contemplam as dimensões da competência profissional e os determinantes sociais da saúde em suas práticas cotidianas a fim de dar maior visibilidade a essas ações, fornecer subsídios teóricos visando o aprimoramento profissional na área da saúde e consolidar o conceito ampliado de saúde.

Você esta sendo convidado a participar deste estudo e foi selecionado por atender aos critérios da pesquisa que são: Assistentes Sociais que atuem na política de saúde no município de Porto Alegre em um dos quatro eixos estabelecidos pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS: a) atendimento direto com os usuários; b) mobilização, participação e controle social; c) investigação, planejamento e gestão; d) assessoria, qualificação e formação profissional.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a instituição empregadora. Sua participação nesta pesquisa consistirá em relatar como realiza seu trabalho em sua prática cotidiana e a articulação das dimensões da competência profissional e o conceito ampliado de saúde.

As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. Após as transcrições serão remetidas aos entrevistados a fim destes proporem alterações e/ou inclusão de novos dados. Ao final do estudo as gravações e transcrições serão inutilizadas. Os dados e resultados desta pesquisa estarão sempre sob sigilo ético, não sendo identificados os nomes dos entrevistados em nenhum momento. Também não serão mencionados os nomes dos participantes em nenhuma apresentação oral ou trabalho escrito que venha ser publicado.

A participação nesta pesquisa não oferece risco ou dano à pessoa entrevistada e o benefício será de contribuir em estudos que possam dar maior visibilidade ao trabalho do assistente social, nos diferentes eixos de atuação da saúde e na consolidação do conceito ampliado de saúde. Se no decorrer da pesquisa o entrevistado optar por não mais continuar terá toda liberdade de não o fazer, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo.

Esta pesquisa está sob responsabilidade Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini, professora da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI) e orientadora da mestranda. Para maiores informações e/ou dúvida ligue: (51) 3320.4115 (NETSI) ou (51) 3320-3345 (Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. E-mail: cep@pucrs.br). A mestranda Gisele Selistre Ramon é a proponente deste estudo. Contato e esclarecimentos através dos telefones: (51) 33380015 / (51) 95484452 ou e-mail: gibaramon@hotmail.com

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_  
fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas, sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. Foi me certificado que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação a qualquer momento. Declaro que recebi uma cópia do presente Termo de Consentimento.

Porto Alegre, de \_\_\_\_\_ 2012.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do sujeito da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do entrevistador.

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do pesquisador responsável

## APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

**PROJETO DE PESQUISA MESTRADO:** O Trabalho do Assistente Social na Política De Saúde em Porto Alegre: Analisando as Dimensões da Competência e o Conceito Ampliado de Saúde.

Mestranda: Gisele Selistre Ramon

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Isabel Barros Bellini

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N<sup>o</sup> do Instrumento: \_\_\_\_\_

### **Bloco 01: Caracterização.**

1) Data de ingresso na rede de saúde de Porto Alegre: \_\_\_\_\_

2) Eixo de atuação em que esta inserido(a)

- ( ) Atendimento direto com usuários.
- ( ) Mobilização, Participação e Controle Social.
- ( ) Investigação, Planejamento e Gestão.
- ( ) Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

### **Bloco 02: Formação Profissional.**

3) Em que ano se formou? \_\_\_\_\_

4) Quando realizou sua formação profissional, realizou alguma disciplina que discutia Política de Saúde, SUS, Saúde Coletiva etc.? Como isso se deu?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5) Realizou algum tipo de formação após a graduação?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6) Realizou algum tipo de formação específica para o trabalho na área da saúde?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7) Que estratégias se utiliza para realizar atualizações profissionais? (Leituras, participação em eventos, realização de cursos etc).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bloco 03: Trabalho Profissional.**

8) Quais atividades realiza? Essas atividades são demandas institucionais, demandas dos usuários ou elaboradas por você? Como se dá esse processo?

---

---

9) Qual o seu conhecimento acerca do Projeto Ético-Político profissional?

---

---

10) O que entendes por “Dimensões da Competência Profissional”?

---

---

11) Em sua prática cotidiana, como destacaria cada uma das competências profissionais?

---

---

12) Consegue realizar um trabalho interdisciplinar? Dê exemplos.

---

---

13) Quais limites e quais possibilidades identifica para a concretização do seu trabalho?

---

---

**Bloco 04: Política de Saúde.**

14) O que você entende por “saúde”?

---

---

15) Qual a concepção de saúde que norteia o seu trabalho? Por quê?

---

---

16) O que entende por “Determinantes Sociais da Saúde”? Como eles se expressam em sua prática cotidiana?

---

---

17) Quais os princípios norteadores do SUS mais presentes em sua realidade cotidiana? E quais os menos presentes?

---

---

18) Que estratégias e ações utiliza para a concretização desses princípios a partir de sua prática profissional?

---

---

19) Gostaria de dizer mais alguma coisa?

---

---

## ANEXOS

### ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA.

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS

#### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** O trabalho do assistente social na Política de Saúde em Porto Alegre: analisando as dimensões da competência e o conceito ampliado de saúde

**Área Temática:**

**Pesquisador:** MARIA ISABEL BARROS BELLINI

**Versão:** 2

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS

**CAAE:** 02230712.7.0000.5336

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 58309

**Data da Relatoria:** 06/07/2012

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de mestrado, que visa investigar como as dimensões da competência do assistente social (dimensão teórico-metodológica, dimensão técnico-operativa e dimensão ético-política) contribuem para a efetivação do conceito ampliado de saúde previsto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo será realizado no município de Porto Alegre, onde serão entrevistados assistentes sociais dos quatro eixos de atuação do

SUS: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

O método dialético-crítico subsidia o estudo, tendo em vista buscar não só o conhecimento de uma dada realidade, mas também a sua transformação. Pressupõe, nessa perspectiva, o comprometimento do pesquisador com a realidade estudada, sendo prevista, no final da investigação, a formulação de sugestões de superação de dificuldades encontradas.

A pesquisa é qualitativa, já que se centra nas falas dos assistentes sociais entrevistados. Serão, no entanto, utilizados alguns procedimentos estatísticos simples na elaboração de tabelas, gráficos, quadros com percentagens etc., de modo a complementar os dados qualitativos.

Para a seleção dos participantes da pesquisa, será realizado um levantamento dos assistentes sociais que desenvolvem sua prática profissional nas organizações de saúde do Município de Porto Alegre. Tal levantamento será feito por telefone e e-mail com a Secretaria Municipal de Saúde, com o Conselho Estadual de Serviço Social (CRESS 10ª Região) e contato direto com alguns profissionais. Serão selecionados os profissionais que se dispuserem a participar da pesquisa.

As entrevistas realizadas com os assistentes sociais serão gravadas (com autorização prévia dos participantes), transcritas e reencaminhadas aos profissionais para que avaliem se o conteúdo da gravação está de acordo com o relato dado durante a entrevista. Após realização e a transcrição de todas as entrevistas, os dados

coletados serão analisados.

O universo do estudo abrange o total de assistentes sociais que atuam na política de saúde no município de Porto Alegre: 82 profissionais. Como amostra, foram delimitados oito assistentes sociais: dois profissionais de cada um dos quatro eixos de atuação (definidos pelo CFESS). A análise dos dados coletados será baseada na análise de conteúdo.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### OBJETIVO GERAL:

Analisar como os assistentes sociais contemplam as dimensões da competência profissional e os determinantes sociais da saúde em suas práticas cotidianas a fim de dar maior visibilidade a essas ações, fornecer subsídios teóricos visando ao aprimoramento profissional na área da saúde e consolidar o conceito ampliado de saúde.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Analisar o trabalho do assistente social na Política de Saúde em Porto Alegre, nos diferentes eixos de atuação: atendimento direto com os usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Identificar a concepção de saúde que norteia o trabalho profissional dos assistentes sociais.

Identificar como os profissionais contemplam e intervêm nos determinantes sociais da saúde em suas práticas.



Identificar quais são os desafios vivenciados pelos assistentes sociais em seus cotidianos para a concretização do conceito ampliado de saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:**

A pesquisadora destaca que "embora pequenos, os riscos que se colocam para os Assistentes Sociais que participarão do estudo referem-se a possíveis retaliações de seus superiores, no que se refere a responder as perguntas propostas e o temor de terem suas identidades identificadas".

**BENEFÍCIOS:**

Contribuição para estudos que possam dar maior visibilidade ao trabalho do assistente social, nos diferentes eixos de atuação da saúde e na consolidação do conceito ampliado de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado e apresenta as informações necessárias para a compreensão da pesquisa a ser desenvolvida. A metodologia está adequada aos propósitos da investigação e atende os princípios éticos exigidos num trabalho acadêmico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

São apresentados:

a) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

b) Cartas de Autorização dos responsáveis pelos locais de coleta de dados:

Conselho Municipal de Saúde

Centro de Saúde Modelo

Equipe de Saúde Mental Infância e Adolescência na Região Leste e Nordeste

Faculdade de Serviço Social da PUCRS

Curso de Serviço Social da UFRGS

Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal

**Recomendações:**

Recomenda-se a aprovação do projeto. Sugere-se ainda uma breve revisão linguística (acentuação e uso de vírgula) no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende as exigências científicas e metodológicas de uma pesquisa acadêmica. Também atende os princípios éticos necessários a sua aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 19 de Julho de 2012

---

Assinado por:

Rodolfo Herberto Schneider