



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS

CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ELIANE MARIA ARAUJO SOUZA LIMA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE:
UMA REFLEXÃO ACERCA DAS CONTRIBUIÇÕES DOS (AS) ASSISTENTES
SOCIAIS PARA O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS NO
MUNICÍPIO DE AMÉLIA RODRIGUES- BA.**

CACHOEIRA – BA

2013

ELIANE MARIA ARAUJO SOUZA LIMA

**SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE:
UMA REFLEXÃO ACERCA DAS CONTRIBUIÇÕES DOS (AS) ASSISTENTES
SOCIAIS PARA O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS NO
MUNICÍPIO DE AMÉLIA RODRIGUES- BA.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do Grau de
Bacharel em Serviço Social.**

Orientadora: Prof^a. Dr. Valéria dos Santos Noronha de Miranda.

CACHOEIRA – BA

2013

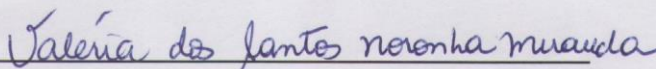
ELIANE MARIA ARAUJO SOUZA LIMA

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE:

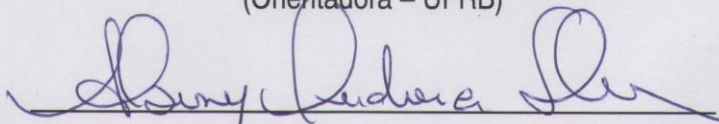
Uma reflexão acerca das contribuições dos(as) assistentes sociais para o fortalecimento do Controle Social no SUS no Município de Amélia Rodrigues – BA.

Cachoeira – BA, aprovada em 25/10/2013.

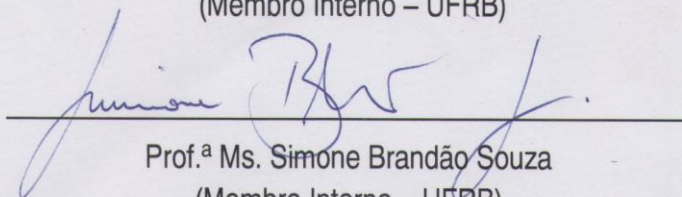
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Orientadora – UFRB)



Prof.^a Ms. Albany Mendonça Silva
(Membro Interno – UFRB)



Prof.^a Ms. Simone Brandão Souza
(Membro Interno – UFRB)

À Alice Araujo pela força e dedicação, meu porto seguro!

Todo amanhã, porém, sobre que se pensa e para cuja realização se luta, implica necessariamente o sonho e a utopia. Não há amanhã sem projeto, sem sonho, sem utopia, sem esperança, sem o trabalho de criação e desenvolvimento de possibilidades que viabilizem a sua concretização.

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força, sabedoria e coragem para vencer essa caminhada.

A minha soberana mãe, pelo amor incondicional, e por sempre abraçar os meus sonhos como se fossem seus.

Ao meu esposo pelo apoio, incentivo e que, pacientemente soube suportar meu estresse e minhas ausências, sem o seu apoio seria mais difícil, essa vitória é nossa meu AMOR!

A minha família, pelo incentivo durante os momentos difíceis do curso.

A Secretaria de Desenvolvimento Social pela oportunidade de estágio, de modo especial, a Secretária Alnete Bispo.

A toda equipe do CRAS de Amélia Rodrigues pela socialização do conhecimento.

As Supervisoras de Campo, Rose Rocha, por toda contribuição na minha formação profissional e a Assistente Social Geovania Paim pelos ensinamentos e amizade.

A minha Supervisora Acadêmica Albany Mendonça por acreditar no meu potencial, por lutar comigo nos momentos que foram necessários, por contribuir de forma significativa no meu crescimento e por todo comprometimento que tens com a sua profissão e com os discentes.

A minha querida Orientadora Valéria Noronha pelos momentos de troca e reflexão que possibilitaram a construção desse trabalho e pela pessoa generosa e sensível que é.

A minha grande amiga, Chirlene Oliveira, que juntas compartilhamos cada momento desta Jornada.

Aos amigos Leidy, Eliene, Leila, Eline, Tatiana, Andreita e Angelo pela amizade.

Aos colegas da turma 2009.2, que compartilharam descobertas e conquistas durante esta caminhada.

As professoras da banca examinadora: Albany Mendonça e Simone Brandão, pelas valiosas contribuições para a concretização desse trabalho.

Ao Curso de Serviço Social da UFRB - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, por me dar a oportunidade de ampliar o conhecimento.

Aos professores e demais servidores da UFRB, pela dedicação e aprendizado construído durante esses quatro anos de convivência.

“Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é”

Caetano Veloso

RESUMO

O presente estudo tem como proposta socializar o conhecimento produzido a partir da reflexão da atuação do Serviço Social no âmbito das Políticas de Saúde. A pesquisa buscou analisar como o Serviço Social tem contribuído para o fortalecimento do Controle Social no SUS no Município de Amélia Rodrigues - BA, na garantia e defesa do direito à saúde. Uma análise pautada em uma concepção histórica-social, pois, entendemos que os problemas enfrentados pela política pública de saúde têm suas raízes nas desigualdades de classes e nas reconfigurações do padrão de regulação social. A aproximação com a realidade pesquisada se deu através de estudo bibliográfico, documental e pesquisa de natureza qualitativa com aplicação de entrevistas semi-estruturadas com os assistentes sociais alocados na saúde deste município, no intuito de conhecer a atuação profissional dos assistentes sociais na saúde e as possíveis estratégias de mobilização e politização utilizadas para sensibilizar a comunidade no sentido de reforçar a importância na construção e acompanhamento da política de saúde para promoção e qualidade dos serviços na saúde.

Palavras – chave: Política de Saúde; Serviço Social; Controle Social; Conselhos e Conferências.

ABSTRACT

This study is proposed to socialize knowledge produced from the reflection of the performance of service under Social Policies health. The study sought to examine how social work has contributed to the strengthening of social control in SUS in the municipality of Amelia Rodrigues - BA, securing and defending the right to health. An analysis grounded in a conception of historical-social, where we understand that the problems faced by public health policy have their roots in inequality of classes and the reconfiguration of the pattern of social regulation. The approach to the reality studied was through bibliographic, documental and qualitative research with application of semi-structured interviews with social workers allocated to the health of this municipality, in order to know the work of professional social workers in health and possible strategies of mobilization and politicization used to sensitize the community to reinforce the importance of the construction and monitoring of health policy for promotion and quality of health services.

Keywords - Keywords: Health Policy, Social Work; Social Control; Councils and Conferences.

LISTA DE TABELA

TABELA 1- Modalidade do Tratamento dos Usuários do CAPS.....	85
TABELA 2 – Estabelecimento cadastrado pela Vigilância Sanitária.....	85
TABELA 3 – Causa de Óbito	88
TABELA 4 – Doença Referida	88

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CLT – Código de Leis Trabalhistas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESSP – Escola Estadual de Saúde Pública

IAPS – Institutos de Aposentadoria e Pensões

HPP – Hospital de Pequeno Porte

HELRL – Hospital Especializado Lopes Rodrigues

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MRS – Movimento de Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

P1 – Participante 1

P2 – Participante 2

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção a Saúde

RH – Recursos Humanos

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SEPPIR – Secretária de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SUDS - Sistema Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 ELEMENTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: DA REFORMA SANITÁRIA À CONSTITUIÇÃO DO SUS.....	17
2.1 Da Reforma Sanitária Brasileira à Constituição do SUS.....	23
2.2 A importância dos espaços democráticos na viabilização e defesa de direitos: O caso dos Conselhos e Conferências.....	36
2.3 A Lei 8.142/90 e os desafios para o Controle Social na Saúde.....	44
3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: SUA ATUAÇÃO NO FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL.....	49
3.1 Parâmetros do Serviço Social na área da Saúde.....	60
3.2 A Participação dos Assistentes Sociais nos espaços de Controle Social: Fortalecendo direitos.....	71
4. EM DEBATE O CONTROLE SOCIAL EM AMÉLIA RODRIGUES: POSSIBILIDADES E ENTRAVES.....	76
4.1 Metodologia.....	76
4.2 Caracterização do Município de Amélia Rodrigues – BA.....	78
4.3 Reflexões acerca do Trabalho dos Assistentes Sociais nos espaços de Controle Social em Amélia Rodrigues-Ba.....	91
5 CONSIDERAÇÕES.....	100
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho abordou o tema Serviço Social na Saúde: Uma reflexão acerca das contribuições dos (as) Assistentes Sociais no fortalecimento do controle social no SUS, no Município de Amélia Rodrigues possuindo como um dos seus objetivos centrais refletir acerca da intervenção do Serviço Social na Política de Saúde.

O interesse em estudar a área da saúde advém desde minha inserção no Curso de Serviço Social. Com o intuito de fazer uma aproximação maior com a temática, procurei sempre desenvolver trabalhos no âmbito da política de saúde, bem como optativas, grupo de pesquisa, seminários. As discussões no Projeto de Pesquisa Orun Aiyê: Um estudo propositivo em defesa da Saúde da População Negra no Recôncavo da Bahia, no qual faço parte, contribuiu fortemente para construção de novos conceitos, significados na saúde, instigando-me a aprofundar o conhecimento e descortinar novos horizontes.

Outra experiência que contribuiu fortemente para a escolha do objeto de estudo, foi ter participado do Estágio de Vivências no SUS – BA, neste período foi possível observar a participação do profissional assistente social no conselho de saúde. A experiência possibilitou conhecer um pouco sobre a importância do assistente social inserido nesses espaços democráticos. A articulação deste profissional entre os diversos segmentos representativos demonstrou o quão faz-se necessário a participação popular para melhoria da qualidade dos serviços na saúde e o quanto a inserção do assistente social é importante na democratização do direito.

Tal experiência despertou o interesse em desvelar a realidade do Município de Amélia Rodrigues acerca das contribuições dos assistentes sociais no fortalecimento do Controle Social no SUS, com o intuito de conhecer as estratégias de mobilização e politização que os assistentes sociais deste município têm desenvolvido para sensibilizar a comunidade da sua importância na construção e acompanhamento da Política de Saúde para promoção e qualidade dos serviços.

Para alcançar o objetivo deste trabalho, requisitou percorrer os seguintes caminhos: a pesquisa bibliográfica a partir de consulta às diversas referências teóricas, a pesquisa documental, análise de documentos institucionais e a realização da pesquisa de campo.

O trabalho é dividido em três capítulos: No primeiro capítulo, inicialmente é feito um resgate do contexto Histórico da Política de Saúde no Brasil antes da institucionalização do

SUS, em seguida refletimos sobre a Reforma Sanitária Brasileira à Constituição do SUS apontando os principais avanços e desafios para sua consolidação, por entendermos que a partir da sua construção ocorreu uma transformação profunda no modelo de assistência à saúde.

Antes da implementação do SUS, o modelo de saúde adotado dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde por serem segurados pela Previdência Social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum.

Amparado por um conceito ampliado de saúde, que a relaciona não somente à ausência de doença, mas aos fatores condicionantes e determinantes do bem estar físico, mental e social como: alimentação, moradia saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer), o SUS foi criado para ser o sistema de saúde com cobertura universal. O ideário de ser um sistema universal tem sido um dos grandes desafios deste sistema de saúde, uma vez que grande parcela da população encontra-se descoberta, ou seja, não abrange a todos conforme pressupõe o princípio de universalidade.

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, enfrentando sérias dificuldades no que tange à universalização de direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais, segundo Teixeira (1989: 50-53), *a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais*.

O projeto de Reforma Sanitária tem como base um Estado Democrático de direito, responsáveis pelas políticas sociais, e conseqüentemente pela saúde.

A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nas mudanças que aconteceram no cenário da saúde pública brasileira, foi neste evento que as propostas elaboradas pelos integrantes do Movimento da Reforma Sanitária foram consagradas e inseridas na Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida com um direito de todos e dever do Estado.

A Política de Saúde é legalmente respaldada pela Lei Orgânica de Saúde - LOS nº 8.080/1990, que trata do conjunto de ações e serviços de saúde, bem como das instituições que materializam os serviços; nas Normas Operacionais Básicas (NOBS) DE 1991/1993/1996

que retratam sobre a gestão, municipalização e controle social; Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS/2001) que versa sobre a descentralização; Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos (NOB/RH/SUS/2012) que dispõe sobre a capacitação do RH.

Em contrapartida nos anos 90, assiste-se o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. Conforme Nogueira (1999) observa-se que a partir da década de 1990, o sistema de saúde passou por múltiplas reformas, dentro da lógica neoliberal implantada pelas políticas de Estado mínimo no Brasil¹. Trata-se da reforma informal realizada a partir das terceirizações através dos prestadores de serviços e contratos por tempo determinado acarretando a desregulamentação.

Especificamente, no Governo de Fernando Henrique Cardoso na década de 1990 foi visível a restrição e redução de direitos sob argumento da crise fiscal do Estado. Na conjuntura de adesão às políticas neoliberais, a política de saúde proposta se fundamenta na privatização, na descentralização e na focalização. Portanto, confronta-se com a proposta da Reforma Sanitária (Mendes, 1993).

No segundo Capítulo, discorre-se acerca do Serviço Social na Saúde: Sua atuação no Fortalecimento do Controle Social.

Na atual conjuntura os assistentes sociais têm enfrentado muitos desafios para a garantia de direitos, o projeto neoliberal tem favorecido impactos significativos para a área da saúde desvirtuando os princípios da Lei Orgânica da Saúde instituídos pela Constituição Federal de 1988.

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados para amenizar a

¹ Os anos 1990 até os dias de hoje têm sido de contra-reforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência. Nas nossas paragens não houve reformas no sentido social-democracia, mas processos de modernização conservadora ou revolução passiva (COUTINHO, 1989). Tais processos promoveram mudanças objetivas nas condições de vida e de trabalho dos de baixo” – o que incluiu o desenvolvimento de um Estado Social, como observamos[...] sempre limitadas diante das possibilidades, e sempre sob o controle das classes dominantes, para manter em “seu lugar” as “classes perigosas”, sem dividir o bolo dos saltos para diante. A “ reforma”, tal como foi conduzida, acabou tendo um impacto pífio em termos de aumentar a capacidade de implementação eficiente de políticas públicas[...]. Houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social em nome da qual se faria a “reforma” -, acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional da Seguridade Social. Para aprofundamento deste debate consultar: BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social: fundamentos e história/Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – 7. ed. – São Paulo: Cortez, 2010. – (Biblioteca básica de Serviço Social; v. 2)

situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida. (CFESS, 2010, p.12)

Diante das contradições vigentes, a profissão enfrenta limites e possibilidades frente ao projeto neoliberal que visa atender aos interesses do capital, expandindo assim o setor privado, que Mota (1995) afirma ser a defesa do processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor, o que resulta na restrição de financiamento para a saúde pública, ficando o SUS relegado para os pobres, por não terem condições de pagar pelos serviços.

A temática do controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 80 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores: os Conselhos e as Conferências. A participação social nas políticas públicas foi concebida na perspectiva do controle social no sentido dos setores organizados na sociedade participarem desde as suas formulações de planos, programas e projetos e acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendessem aos interesses da coletividade (CORREIA, 2006).

É percebido mesmo que de forma pequena que o Serviço Social tem possibilitado o desvelamento de uma consciência crítica com a sua representação nos espaços democráticos.

Uma das demandas que tem se colocado aos assistentes sociais é a assessoria aos Conselhos, possibilitando o desvelamento de uma consciência crítica nos indivíduos envolvidos neste processo ao desenvolver as seguintes atividades: organização da documentação dos Conselhos; a organização de plenárias de Conselhos de Saúde; a elaboração de cartilhas sobre controle social e política de saúde; a pesquisa de temas para as oficinas; a realização de oficinas; a elaboração das atas de reuniões do conselho; a idealização do boletim informativo do Conselho; a elaboração de Planos de Saúde com propostas de participação popular; a realização de reuniões periódicas; a pesquisa sobre a realidade das unidades de saúde; capacitação de conselheiros versando os seguintes temas: conceito de saúde, política de saúde, participação e controle social; acompanhamento dos conselhos; a realização do perfil do conselheiro e o incentivo à realização no orçamento participativo.²

No terceiro capítulo denominado “Em debate o Controle Social em Amélia Rodrigues: possibilidades e entraves ” apresenta-se os resultados da pesquisa. Procurou-se desvelar o

²Consultar a Revista Ser Social, do Programa de Pós-Graduação em Política Social/ Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social, n. 10. Brasília: Ser Social/Unb, 2002.

aparente, avançando no sentido de uma prática com intencionalidade de refletir acerca do Trabalho dos assistentes sociais nos espaços de Controle Social em Amélia Rodrigues – Ba.

Por fim, tecemos as considerações finais anunciando as contribuições da prática profissional dos assistentes sociais no fortalecimento da Política de Saúde no Município de Amélia Rodrigues – BA.

2 ELEMENTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA À CONSTITUIÇÃO DO SUS.

Neste primeiro capítulo foi realizada uma reflexão acerca dos elementos históricos da Política Pública de Saúde no Brasil, apresentando seus principais avanços, entraves e desafios rumo à redemocratização da Política de Saúde a partir da reforma neste setor com a ampliação do conceito de saúde como direito do cidadão delimitando os fundamentos do SUS, na garantia e defesa do acesso a serviços de saúde com qualidade que compreende as particularidades e peculiaridades do indivíduo. Para discussão da temática recorreu-se alguns referencias teóricos de Jairnilsom Paim, Castel, Marilda Iamamoto, Arouca, Jaccoud, Boschetti, Bravo, Fleury, Moto, Miranda, CFESS, dentre outros.

As mudanças advindas do mundo globalizado, com a industrialização e urbanização das sociedades modernas, podem trazer prejuízos para a sociedade uma vez que:

Com a industrialização e a urbanização das sociedades modernas podem oferecer riscos de as famílias de trabalhadores caírem na miséria em decorrência da impossibilidade de obter um salário no mercado de trabalho. As causas poderiam ser múltiplas - doenças, velhice, desemprego, morte – e passaram a ser chamadas de “riscos sociais”. Impôs-se, assim, ao Estado, face aos riscos sociais, a tarefa na oferta de proteção social, a principio instituindo mecanismos que possibilitassem a garantia de renda quando da impossibilidade de acessá-la pela via de trabalho e, posteriormente, garantindo uma oferta de serviço e benefícios associados a certo patamar de bem estar. (JACCOUD, 2009, p.58)

A proteção social surgiu então a partir da idéia de risco social, para proteger a sociedade de possíveis problemas que viesse acometê-los. A nova ordem de proteção social rompeu com as práticas tradicionais, que se baseava nas ações caritativas e filantrópicas de atenção a população, o que não quer dizer que hoje temos uma proteção generalizada, diante da assertiva Castel afirmar que: “o seguro obrigatório está muito longe de promover uma seguridade generalizada”. (Castel, 1998, p.382)

Constata-se então o que impede uma seguridade generalizada é a estrutura econômica brasileira, por não viabilizar uma política de emprego que agregue todo cidadão na economia. Cabia ao Estado intervir, na questão social ofertando proteção social, que inicialmente era regulado pela ação contributiva.

A Previdência Social no Brasil³ surgiu no final do século XIX na República Velha, período da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS)⁴, após promulgação da Lei Eloi Chaves em 1923⁵, o que possibilitou aos trabalhadores associados a essas caixas acesso a assistência médica (PAIM, 2009). Este tipo de organização de atenção à saúde pode ser classificado como Regime Social, onde o Estado está presente e permeia as relações entre as classes.

Segundo Bravo (2006) “as questões sociais”, as de saúde, em particular, já colocadas desde a década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais radical, transformando-se em questão política, com a intervenção do Estado e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional em decorrência da nova dinâmica da acumulação capitalista. Assim, a formulação da política de saúde na década de 30, foi 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. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de Saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2006, p.91)

No período de 1930 a 1940, algumas alternativas foram pensadas para organizar a saúde pública, segundo Braga e Paula (1986):

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da

³ O conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco social ou privações sociais. (Jaccoud, 2009, p.58).

⁴ “tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAP's possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores.”

⁵ Data de 1923 a instituição no Brasil, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado. (...) As CAPS, organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus afilhados e dependentes. (COHN, 2005, p. 14)

Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);

- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Para ter acesso à medicina previdenciária neste período era necessário estar vinculado ao mercado de trabalho formal com carteira assinada, e associado a sindicatos, caso contrário tinha que recorrer aos serviços privados, neste caso quem tinha condições para custear os serviços, e quem não tinha só restava recorrer a instituições filantrópicas e hospitais do estado e município.

Para Oliveira e Teixeira (1986, p.61-65), o modelo de previdência que norteou os anos 1930 a 1945 no Brasil foi de orientação *contencionista*, ao contrário do modelo abrangente que dominou o período anterior (1923-1930).

Nesta época o Estado não se responsabilizava em assegurar a saúde como direito do indivíduo, portanto competia ao indivíduo resolver seus problemas de saúde, a população deparava-se com um Estado descomprometido que transferia suas atribuições para o indivíduo. A previdência preocupou-se mais efetivamente com a acumulação de reservas financeiras do que com a ampla prestação de serviços.

É importante mencionar que, o acesso à saúde durante o vigoramento desta proteção social estava condicionada ao mercado de trabalho, todavia, quem não estava vinculado ao mercado trabalho formalmente não era considerado cidadão de direito, caracterizando assim, como uma proteção social fragmentada e desigual por não haver uma intervenção estatal que atendesse as demandas da sociedade.

A proteção Social no Brasil inicialmente era organizada de forma restrita e limitada pela via de seguro social. Conforme Castel pontua:

A obrigação legal de participar do seguro social institui uma socialização dos interesses permitindo que se enfrente o risco individual pela participação em um coletivo, e esvaziando o debate em torno da responsabilidade de cada indivíduo em garantir sua sobrevivência quando da perda de sua capacidade de trabalho (CASTEL, 1998, p. 382).

Os IAPs foram criados no governo de Getúlio Vargas na década de 1930. Os institutos podem ser vistos como resposta, por parte do Estado, às lutas e reivindicações dos

trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização brasileiros. Acentua-se o componente de assistência médica, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado. As disparidades normativas entre os IAPS contribuíram para que surgissem reivindicações em favor de um sistema de previdência unificado e menos desigual. (FINKELMAN, 2002, p. 238). Em 1960 surge a Lei Orgânica de Previdência Social que unifica os IAPS em um único bloco com o objetivo de integrar todas as categorias e aumentar a lucratividade. O INPS consolida o componente assistencial, com marca da opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS.

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação de capital. (BRAVO, 2006, p. 93)

O Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), criado em 1977, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1974 e que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado. É possível dizer que tal lógica do INAMPS, que sobreviveu como órgão até a criação do SUS, ainda se reproduz no interior do Sistema Único, mesmo passado mais de 20 anos desde sua criação.

No período de 1964 o cenário brasileiro vai mudar basicamente, devido à instabilidade democrática desencadeando a restrições dos direitos civis e políticos, com um Estado centralizador das decisões. Os Militares analisaram que devido às restrições de direitos não se podia debater políticas públicas, buscava resolver os problemas por meio das técnicas, ou seja, um sistema tecnicista que não levava em consideração as particularidades do indivíduo.

No período ditatorial, o Brasil viveu uma fase em que a proteção social era regulada pela lei do mercado. As condições de vida da população neste cenário ditatorial era precária em decorrência da disseminação de doenças, sobretudo da situação econômica (tuberculose, desnutrição, verminose, doenças sexualmente transmissíveis) dentre outras como doenças infecciosas e parasitárias que os acometiam.

Para o enfrentamento das epidemias existentes era preciso compreender alguns fatores imbricados naquela realidade, no Rio de Janeiro, por exemplo, devido à ausência de saneamento básico houve uma disseminação de diversas doenças (varíola, malária, febre amarela), decorrente do crescimento desordenado da cidade sem planejamento, diante da situação o Sanitarista Oswaldo Cruz foi convocado para sanar tais problemas, o qual adotou a vacinação como principal estratégia de intervir na realidade local, obrigando as pessoas a se vacinarem, indo de contra a vontade do indivíduo, tais iniciativas provocou indignação e revolta na população, consagrando o episódio que ficou conhecido como Revolta da Vacina.

Os recursos que deveriam ser investidos no enfrentamento das patologias supracitadas eram destinados para atender aos interesses econômicos de um governo burocrático, dominante, ineficiente, excludente e perverso, que tinha como principal prioridade a capitalização previdenciária dos trabalhadores.

Os problemas enfrentados no Brasil são “estruturais na nossa economia, delas fazendo parte à informalidade, a economia de subsistência, o desemprego e inúmeras formas de estratégias de sobreviver” (COHN, 2005, p.255). Sendo necessária uma universalização da renda para as camadas mais pobres.

No contexto sócio político basicamente no ano de 1974, o regime ditatorial apresentava sinais de enfraquecimento em decorrência do pouco investimento do capital, que conseqüentemente, acarretou danos na vida da população (aumento na taxa de desemprego, baixos salários, etc.).

A proteção social no início dos anos 1980, teve como principio de funcionamento o modelo Beveridgiano, ao estabelecer os principio como uniformização e unificação da assistência social.

A Proteção Social brasileira inicialmente inspirou-se no Plano Beveridge⁶ por ter como princípios fundamentais a universalização, unificação e a uniformização. É importante mencionar que, mesmo sendo influenciada não se caracterizou como um benefício universal, unificado, nem tampouco como uniformizado, levando-nos a compreender, seguindo essa lógica, a seguridade social não chegará a um sistema homogêneo, igualitário, nem mesmo universal, enquanto o crescimento econômico não for o foco central de modo que propicie maior geração de empregado e gere igualdade de renda, incluindo assim, o contingente expressivo que se encontra excluídos economicamente.(BOSCHETTI, 2008)

⁶ Lembrando que esse modelo de proteção social exportado da Europa não se adequava totalmente a realidade brasileira o que gerou grandes discussões, que só veio a ter uma mudança maior a partir da década de 1980 com a Constituição Federal de 1988.

Porém, com as transformações pós constitucionais e suas regulamentações a partir da década de 1990, o Brasil ganha visibilidade nos programas de combate a pobreza, contudo depara-se num cenário contraditório, no momento em que os direitos sociais são garantidos pela constituição, posteriormente enfrenta um governo neoliberal, sendo, portanto, contraditório firmar a constituição neste cenário, que dificultava implementar os princípios constitucionais, estruturar uma política social diante de um Estado voltado para privatização dos bens públicos, gerando um processo lento na materialização de princípios institucionais que proporcionaria a população melhores condições de vida e a redemocratização do país.(BOSCHETTI, 2008).

Apesar dos dilemas e desafios enfrentados no decorrer de sua trajetória, as políticas sociais brasileiras alcançaram mudanças significativas, principalmente pelos princípios estabelecidos na constituição de 1988, com “novas concepções de direito e justiça social; novos parâmetros e critérios para alocação de recursos públicos e o reforço do poder regulatório do Estado no âmbito da proteção social” (Draibe, 2002, p.3).

Tem-se um novo desenho das políticas sociais, no nível de participação entre governos estaduais, federais, municipais, uma nova era sendo gestada no país com ideais democráticos.

Uma nova organização na Seguridade Social⁷, constituída em três pilares: a Previdência Social, com caráter contributivo, que possibilita o indivíduo continuidade de acesso ao benefício, caso passe por algum tipo de risco social, como por exemplo, acidente de trabalho, velhice, ou por tempo de trabalho. A Assistência Social que ao contrário da previdência não possui caráter contributivo, acessível a todos os cidadãos em situação de vulnerabilidade social. A saúde, a qual regida pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, deve prestar atendimento a todas as pessoas sem qualquer discriminação.

[...] a inscrição da concepção de seguridade como forma mais abrangente de proteção social na Constituição de 1988 buscou romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal de trabalho e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, de modo a gerar mecanismos mais solidários e redistributivos (FLEURY, 2006)

⁷ A discussão do conceito de Seguridade Social ocupou espaço importante na agenda constitucional, prevalecendo a noção de seguridade como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194 da CF). Com base nessa noção de Seguridade o texto constitucional também definiu os seus princípios organizadores, a saber: universalidade na cobertura de atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços aos trabalhadores rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação do custeio; diversidade das bases de financiamento e caráter e descentralização da administração. Essas informações e outras podem ser acessadas no Livro Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas de Behring e Almeida (2008).

Em 1982 foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde⁸ (PAIS), que dava particular ênfase à Atenção Primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada:

As Ações Integradas de Saúde (AIS) eram consideradas como estratégicas para a implantação da Reforma Sanitária (AROUCA, 1988). As AIS pretendiam empreender uma ação estratégica centrada na universalização do acesso aos serviços de saúde, focalizando a questão da integralidade⁹ para superar a tradicional dicotomia existente entre prevenção x cura, unificando os serviços (MIRANDA, 2009).

Adiante abordaremos um pouco acerca da Reforma Sanitária e seus desdobramentos na luta para materializar a Política de Saúde que tem como principal meta, garantir ao cidadão o direito a saúde e um acesso fundado nos princípios de universalidade, igualdade e integralidade aniquilando a forma excludente neste setor que perdurou e ainda deixa resquícios.

2.1 Da Reforma Sanitária à Constituição do SUS

Na década de 1970, o Brasil ao mesmo tempo em que vivenciou uma intensa crise econômica que repercutiu na saúde pública brasileira, passou por um processo de redemocratização, fruto das mobilizações dos movimentos sociais como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde:

⁸ Propunha a criação de sistemas de referência e contrarreferência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos, a simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle, a racionalização do uso de procedimentos de custo elevado e o estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa. Podemos reconhecer nas AIS os principais pontos programáticos que estarão presentes quando da criação do SUS.

⁹ Segundo Pinheiro e Luz (2003: 17), integralidade é entendida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas em Saúde. Diante desta perspectiva crítica, o cotidiano nas instituições de saúde surge como um espaço não de verificação de idéias, mas de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde.

A crise econômica teve em duplo efeito: por um lado, agravou a distribuição da renda e a qualidade de vida da população, o que aumentou as necessidades de atenção à saúde; por outro, diminuiu as receitas fiscais e as contribuições sociais, com impacto sobre o volume de recursos destinados à Saúde. (FINFELMAN, 2002)

Paralelamente a essas insatisfações o movimento sanitário cresceu e ganhou apoio de distintos representantes, visando ampliar o acesso à saúde através de uma política de inclusão social.

De forma equivalente, a idéia de uma prática política voltada para a mudança das relações sociais, tomando a saúde como referência, resultou na proposta da Reforma Sanitária (TEIXEIRA, 1988). De acordo com Faleiros et al. (2006), a centralização da Previdência Social, através da criação do INPS, foi o primeiro passo para a atualização do sistema de Saúde brasileiro.

Os movimentos sociais tiveram um protagonismo importante para as mudanças que ocorreram no país, sobretudo na ampliação e efetivação dos direitos sociais. O Movimento de Reforma Sanitária, contou com diversas categorias (estudantes, movimentos sociais, segmentos populares, pesquisadores e profissionais da saúde de orientação progressista, gestores) que se reuniram para propor mudanças para uma nova reorientação da política de saúde com a ideologia de reestruturação nos serviços de saúde a partir da chamada Reforma Sanitária¹⁰ Brasileira dando um novo rumo à saúde pública brasileira e uma nova concepção de cidadania, rompendo com o modelo de saúde anterior, exclusivamente biológica, centrada na clínica, passando a ser considerada como uma questão social e política a ser discutida juntamente com a sociedade:

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”, significa também, e, sobretudo, difundir, criticamente verdades já descobertas, socializá-las por assim dizer; e portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a

¹⁰ Refere ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela Reforma Sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com idéias comuns para o campo da saúde (AROUCA, 1998). A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização de saúde que naquela época cunhou-se o nome de Reforma Sanitária (PAIM, 1987b).

realidade presente é um fato filosófico bem mais importante e original do que a descoberta, por parte de um gênio filosófico, de uma nova verdade, que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais (GRAMSCI, 1999, p. 95-96).

Com base nas reflexões de Miranda (2009) as concepções de saúde que nortearam o Movimento Sanitário no Brasil constituíram o “paradigma sanitário” centradas na Medicina Preventiva e na Medicina Comunitária.

A base essencial para alavancar as reformas no setor saúde e propor um novo redimensionamento à saúde pública, foram as instituições acadêmicas e sociedade científicas denominadas Centro Brasileiro de Estudos de Saúde¹¹ (CEBES), fundada em 1976, e a Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva¹² (ABRASCO), fundada em 1979.

Por ocasião da 28ª reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizada em Brasília, da qual participaram profissionais ligados aos departamentos de medicina preventiva e social do RJ e SP, foi lançada a proposta de criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Em novembro, o CEBES lançou a Revista Saúde em Debate com o objetivo de ampliar e levar adiante as discussões e a análise do setor saúde.

O lócus da formulação das propostas para implementação do SUS emergiu do CEBES e pensadores do Movimento de Reforma Sanitária, que apresentou “um conjunto de princípios e diretrizes para sua criação” (PAIM, 2007). Sendo assim, vale mencionar que:

Mais do que atuar na trincheira do aparato estatal o CEBES tem como missão a luta pela hegemonia, participando na construção e ampliação da consciência sanitária e na constituição de sujeitos políticos emancipados. A disputa por projetos de sociedade – da liberal à socialista – se dá com cada vez maior intensidade, incidindo no campo social por meio da difusão de valores individualistas, consumistas e submissos a uma inexorabilidade que prescinde da história e da política. Ao lutar pela compreensão da saúde coletiva, como um bem público e socialmente determinado, propugnando

¹¹ O CEBES foi criado em julho de 1976 durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na Universidade de Brasília (UNB), trazendo para a discussão o tema da democratização da saúde e constituindo-se como um intelectual coletivo, capaz de propor inovações significativas na dimensão do pensamento da saúde.

¹² É importante mencionar que neste mesmo ano, a ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva foi criada no Brasil como uma Associação dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Saúde Pública, deu ênfase muito especial à residência em medicina preventiva e social, expandida no país devido a um convênio firmado entre o INAMPS e várias Universidades. Ainda que conservando o nome de pós-graduação, a ABRASCO muitas vezes veio a público se manifestar sobre propostas políticas, estando com o CEBES presente em muitos fóruns da Sociedade Civil. Assumiria, então, duas funções: uma de caráter mais corporativo, que seria a defesa da investigação e do ensino em saúde coletiva, no momento da constituição desse novo campo disciplinar, e outra de porta-voz dos pensamentos da comunidade científica (Escorel, Nascimento e Edler, 2005).

sistemas de atenção baseados nos valores da solidariedade e na garantia de direitos; nas práticas integrais da promoção à reabilitação; na exigência da participação ativa dos cidadãos nas decisões sobre sua saúde e sobre a política de saúde, estamos permanentemente lutando por uma sociedade mais justa (I DOCUMENTO DE ESTRATÉGIA DO CEBES, 2007, p.1).

As principais propostas debatidas pelos sujeitos envolvidos na luta pela democratização na saúde foram: universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão os Conselhos de Saúde.

As discussões, debates e produções científicas realizadas pelos intelectuais que participaram da 8ª Conferência, dentre eles o Sanitarista Arouca contribuíram fortemente para consolidação do movimento sanitário conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, movimento este, que tinha como idéia central a transformação na saúde pública Brasileira na defesa da democracia, na perspectiva de uma nova ordem social pautada na “Saúde como direito de todos e dever do Estado”. Para melhor compreender:

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998)

A Conferência reuniu cerca de cinco mil pessoas (representantes de diversas categorias) dentre eles um contingente expressivo de usuários, iniciando a participação da sociedade no processo de democratização da saúde no Brasil “um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não, articulados ao redor de um projeto” (SCOREL, 1988:5). Assim, a saúde deixou de ser uma discussão apenas dos técnicos passando a integrar outros atores sociais, possibilitando avanços consideráveis na elaboração das ações da política de saúde, que passou a inscrever em suas estratégias de intervenção as reais demandas dos usuários favorecendo mais resolutividade nos problemas. A Reforma Sanitária é resultante de

um longo movimento em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Evidencia-se assim, que a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS é uma conquista da sociedade brasileira e não do governo.

Foi a partir dessa conferência que foram levadas as propostas para a Assembléia Constituinte que desencadeou nos artigos que foram do 196 a 200 que tratam da saúde:

[...] o direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; [...] Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989, p. 50-51, apud, BRAVO, 2006, p. 10-11).

As propostas suscitadas na Conferência tiveram seus desdobramentos contemplados no texto da Constituição Federal 1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Assim, “a saúde passou a fazer parte como direito universal, independente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provido pelo SUS (BRASIL, 1988, art. 194).” (BRASIL, SEPP/MS, 2007).

A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais, segundo Teixeira (1989 p. 50-53) a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais. Mesmo com todos os obstáculos colocados, em 1987 a tendência de unificação institucional se consolidou com a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) da Previdência Social, sendo posteriormente transformado com a Constituição de 1988 em Sistema Único de Saúde (SUS) (MIRANDA, 2009).

Afinal o que representou para sociedade brasileira RSB, e quais os avanços alcançados depois de tantos anos de um processo desigual e injusto? Este movimento rompeu de fato com todas as iniquidades presentes na saúde brasileira, tendo em vista que o problema central é a desigualdade econômica?

A Reforma Sanitária Brasileira desencadeou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, quando diversos segmentos sociais discutiam a construção de novos modelos de atenção e reorientação das práticas de saúde, defendendo a saúde como direito

social considerando-a uma questão social e não apenas como problema biológico que deveria estar voltado apenas para o atendimento médico, sendo, portanto, necessário considerar os determinantes sociais¹³ como fatores que influenciam no adoecimento do indivíduo e que cabia ao Estado prover meios para que a sociedade possa acessar aos bens e consumos e ter uma vida com qualidade, conforme elucidado o texto:

Saúde e doença, bem-estar e mal-estar são fenômenos não apenas físicos que se manifestam pelo bom ou mal funcionamento de um órgão, mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sócio-cultural, coletiva, e outra psicobiológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um (VAITSMAN, 1992, p.157-158).

Esta Conferência foi considerada um marco importante na trajetória da política pública de Saúde no Brasil, na qual foi assegurada proposta que garantiu uma Reforma Sanitária, que, mais tarde, serviria de base a seus defensores na reformulação da Constituição Federal de 1988. (BRAVO, 2004, p. 33), “a reforma sanitária é simultaneamente bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” (AROUCA, 1988, p.3). Assim, poder-se-ia concluir que a Reforma Sanitária é uma proposta que encerra um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no Relatório Final da 8ª. CNS.

Faveret Filho e Oliveira (1990, p.139, apud, Borba, 1998, p. 23) citam:

A Reforma Sanitária, não obstante suas marchas e contramarchas configura uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30 e desde então intocado em seus traços essenciais. Com ela surge na cena política brasileira a noção de direito social universal, entendido como um atributo da cidadania sem qualificações, ao que deve corresponder, como direito, não como concessão, uma ação estatal construtiva da oferta dos serviços que lhes são inerentes.

Sendo uma conquista grandiosa na História da Política de Saúde no Brasil, a partir de idéias inovadoras, faz-se necessário apresentar alguns resultados alcançados com a Reforma Sanitária com a aprovação do Documento intitulado “Saúde e Democracia”:

- Universalização na Saúde (todo brasileiro tem direito à saúde);

¹³ Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os Determinantes Sociais da Saúde são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológico e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

- A saúde dever ser planejada com base nas Conferências;
- A formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários e;
- Formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica 8080.

O protagonismo dos movimentos sociais, constitui-se como um mecanismo favorável para a criação das leis (8.080/90 e 8.142/90) para a implementação do Sistema Único de Saúde¹⁴ – SUS.

Na década de 1990, a saúde brasileira alcançou avanços significativos na reorganização da política de saúde com a implementação do Sistema Único de Saúde, uma estratégia da Reforma Sanitária a partir de uma nova concepção de acesso aos serviços de saúde, passando a ser assegurada como um direito social, independente da condição econômica, cabendo ao poder público a obrigação de garantir esse direito “saúde como direito de todos e dever do Estado” (Bravo, 1999; Bravo & Matos, 2001) por viabilizar acesso aos serviços de saúde com qualidade e livre de quaisquer preconceito, de modo que atenda aos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, conforme preconiza a Constituição Federal em seu art. 196.

No ano de 1987, foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)¹⁵, que tinham como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS.

A saúde ganha uma nova roupagem na medida em que se desprende de abordagem funcionalista, sendo assim vale mencionar que:

¹⁴ O sistema Único de Saúde tem por objetivo cumprir o estabelecido na Constituição Federal de 1988 no artigo 196 e no caput do Artigo 3º da Lei 8.080/1990. Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 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. (Lei 8080/1990).

¹⁵ As Secretarias Estaduais de Saúde foram muito importantes nesse movimento de descentralização e aproximação com os municípios, que recebiam recursos financeiros federais de acordo com uma programação de aproveitamento máximo de capacidade física instalada. Podemos localizar nos SUDS os antecedentes mais imediatos da criação do SUS. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/. Acessado em 04 de Outubro de 2013 as 14:00 horas.

[...] carrega em si um longo processo de discussão e negociações, que tem se dado em fina sintonia com o que se entende por cidadania. Ainda no século XIX, se assistiu à emergência da associação entre saúde e condições sociais de vida, pelas quais perpassavam as condições de trabalho, moradia, educação, entre outros. Paralelamente a isso, instituiu-se o conceito de saúde coletiva. Mas foi apenas em meados do século XX, vivida a experiência da Segunda Guerra Mundial e com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), que se tornou possível o estabelecimento de um conceito universalmente aceito, compreendendo a saúde como “o estado do mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946). Ainda que amplo, este conceito de saúde como um direito humano é o marco a partir do qual se definiram as noções de cuidados primários à saúde – porta de entrada para a garantia de tal direito (SCLAR, 2007, apud, BRASIL, SEPP/PR, 2011).

No entanto, existem situações muito concretas e objetivas que têm sido apontadas como responsáveis pelas distorções verificadas nas tentativas de implantação do projeto da Reforma Sanitária (PAIM, 1989) de modo que podemos constatar no texto a seguir:

A análise da conjuntura não indica, portanto, um tempo próximo favorável à concretização de todas as proposições formuladas na VIII CNS. Evidentemente que certos avanços poderão ocorrer a partir dos resultados da implantação do SUDS, nos textos das constituintes estaduais e das leis orgânicas dos municípios e da saúde, entre outros. Mas a crise fiscal do Estado não parece ter solução próxima. A dívida externa constrange a economia e o financiamento dos serviços públicos fica comprometido. Se o SUDS era uma possibilidade da passagem de políticas racionalizadoras para políticas democratizantes do setor saúde, a Reforma Sanitária, enquanto expressão dessas últimas é impensável sem os investimentos necessários à ampliação da rede pública de serviços (PAIM, 1991, p.114).

Com a implementação do SUS, a saúde passou a ser direito de todos, diferentemente da lógica meritocrática no início da proteção social no Brasil, vinculada ao mercado de trabalho formal, como foi mencionado no tópico anterior. A construção do SUS rompe com essa lógica na medida que propõe em um dos seus princípios a igualdade de acesso aos serviços de saúde.

O Modelo do SUS é direcionado por três princípios doutrinários: *universalidade*, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; *equidade* é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da

população a ser atendida; *integralidade* significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações em saúde procurar atender a todas as suas necessidades. Destes derivaram alguns princípios organizativos: *hierarquização*, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência; participação popular, ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde; descentralização política administrativa, consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor, administrativo e financeiro do SUS;

Além dos princípios, temos as Normas Operacionais Básicas – NOB, conjunto de leis que regulamenta os processos de descentralização da gestão dos serviços e ações de saúde, ressaltando que até o momento foram formuladas três Normas: NOB-SUS 01/1991, NOB-SUS 01/1993, NOB-SUS 01/1996.

Para organizar e definir as atribuições do SUS foi aprovada a lei Orgânica da Saúde (Lei 8.80/90) que dispõe sobre as condições da promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme no art. 2º, parágrafo 3º que relata que :

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 a bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população que expressam a organização social e econômica do país. (CF, 1988).

Diante do exposto, o Estado deve viabilizar através de políticas sociais de qualidade, o acesso a esses serviços de forma universal proporcionando uma vida digna e com qualidade, livre de qualquer dano, mas infelizmente a realidade vigente do Brasil é bastante preocupante, um Estado que se exime de suas obrigações e deixa de intervir na questão social.

Outras estratégias foram pensadas na tentativa de ofertar uma assistência diferente para a população, entre elas, o PSF criado em 1998, como uma grande estratégia de estruturação da atenção básica para reestruturar a saúde e ofertar as famílias uma atenção específica ancorada em ações que culmine na promoção e prevenção com uma assistência multiprofissional.

Em nível Federal houve a descentralização para outras esferas, passando a atuar a nível territorial, o que contribuiu para um planejamento atendendo melhor as demandas locais, conforme afirmam alguns autores:

Na década de 1990 com avanço da municipalização a nível federal acarretou em um conjunto de medidas de fortalecimento da atenção básica em seu território. (...) o Programa Saúde da Família (PSF) configura-se como estratégia prioritária para estruturação dos sistemas municipais de saúde com o objetivo de reorientar o modelo de atenção e imprimir uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde (MONNRAT, SENNA, SOUZA, 2009, p.97/98, APUD, BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Segundo dados apresentado pela PNAD realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) confirmaram ter usado os serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde. (IBGE/PNAD, 1981).

Ao analisar a trajetória do SUS, Santos (2007) faz um balanço dos avanços do SUS, nesses vinte anos de existência:

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultra-sons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radioquimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da Aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas.

Esses avanços segundo as análises pontuada por Santos (2007) foram possíveis:

Graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores

éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social.

Os dados acima apresentados nos leva refletir que, se analisarmos o SUS na história recente de nosso país comparado a saúde que tínhamos antes do SUS, é possível observar que muitos foram os avanços, porém algumas derrotas são visíveis fragmentando os serviços tais como: financiamento inadequado e co-financiamento insuficiente, relação público privado tem causado dificuldade de acesso e na efetivação do princípio da universalidade.

O SUS tem tudo pra se afirmar, principalmente se a Emenda Constitucional 29 for aprovada conforme formulada. Vale ressaltar que a participação popular é um canal fundamental para solidificar e aproximar o SUS do ideário defendido pela Reforma Sanitária e galgar novos rumos na história da saúde brasileira.

Ao analisar a situação da saúde brasileira pós-constituição, é possível observar um processo de retrocesso nos avanços conquistados com a promulgação da Constituição Federal que teve como proposta a redemocratização do país ao delegar ao Estado o dever de garantir a todos os cidadãos o direito a saúde, em contradição a este avanço na conjuntura atual a Constituição Federal é desfigurada pela reconstrução conservadora de significados nela expressos: princípios populares democráticos são “resemantizados” para funcionamento como corolário do neoconservadorismo, em que os interesses particulares sobrepõe-se aos interesses públicos, dando força para o crescimento do setor privado (CFESS, 2009).

Isso reflete no aumento da procura por serviços privados o que contribui no fortalecimento do grande capital. A quem diga que não precisa do SUS pelo fato de ser assegurado por um plano privado, é inadmissível tal pensamento, mesmo que possua um mega plano, é o SUS que oferece serviço de alta complexidade, medicamentos de alto custo, transplante de órgão, procedimentos cirúrgicos e hemodinâmico, serviços que muitos planos estão longe de atender essa demanda, somos usuários do SUS cotidianamente, quando nos alimentamos, nos vacinamos, quando vamos ao salão, enfim, mesmo com suas deficiências na oferta de alguns serviços, o SUS é referência mundialmente no tratamento do HIV. O que se espera é que os problemas que dificulta a consolidação do SUS sejam superados e o cidadão futuramente possa acessar serviços com qualidade.

Diante do exposto, as lutas, entraves e desafios que enfrenta a saúde pública brasileira, fica-se o seguinte questionamento: como os assistentes sociais enquanto viabilizador de direito tem contribuído para que os usuários sejam os principais protagonista, para que de fato

as conquistas alcançadas ao longo da História, a exemplo do Controle social, sejam efetivadas?

Os assistentes sociais se inserem, assim, no processo de trabalho em saúde, como agente de interação entre os níveis do Sistema Único de Saúde - SUS com as demais políticas sociais, sendo que o principal objetivo de seu trabalho no setor é assegurar a integralidade e intersetorialidade das ações. O assistente social desenvolve, ainda, atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença.

O que de novo se coloca na inserção atual do assistente social na área de saúde é o fato de que essa “prática” não é mais mediada pela ideologia da ajuda e sim pela perspectiva da garantia de direitos sociais. Atua justamente nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam a exclusão no acesso, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a excessiva burocratização e a ênfase na assistência médica curativa e individual.

Alguns desafios precisam ser superados para a construção de um SUS mais efetivo destaca-se dentre eles: financiamento, universalização, modelo institucional, maior investimento em recursos humanos, participação social, mais investimento na atenção básica, etc. Entretanto, mesmo a Constituição Federal de 1998, assegurando a Saúde como direito de todos e dever do Estado, é perceptível que esse direito não tem sido garantido ao cidadão de forma universal e igualitária.

Os usuários enfrentam diariamente alguns entraves para acessar os serviços de saúde, mesmo a saúde tendo sido assegurado com um direito não atende a lógica instaurada constitucionalmente muito menos aos princípios que os norteiam. Constantemente ouvimos reclamações de usuários acerca da ineficiência do Sistema de Saúde, muitos são obrigados a passarem a noite em filas para conseguir acesso a algum serviço, usuários morrem por falta de atendimento outros são vítimas de uma atenção desumanizada e preconceituosa, deparam com profissionais que ainda atendem ao modelo hegemônico em detrimento do modelo sanitarista, focando apenas na doença, exigindo assim mudanças na formação profissional e mais recursos para o setor saúde.

Pensando em romper com práticas pragmáticas com enfoque nas doenças, a Escola Estadual de Saúde Pública (ESSP) da Bahia tem desenvolvido algumas estratégias para estabelecer novas relações de compromisso e responsabilidade das Universidades com o SUS visando à reorientação da formação dos profissionais, com vistas a atender o que preconiza a Constituição no artigo 200, inciso III, relativo à atribuição do SUS em ordenar a formação de

recursos humanos para o setor. Cada vez mais se faz necessário elaborar um olhar mais aprofundado para a questão da interseção entre educação e trabalho na saúde, sobretudo por sua potencialidade em impactar na construção de novas formas de cuidado à população. (CF, 1988).

Uma das estratégias na construção de maiores compromissos das Universidades com o SUS no contexto nacional tem sido a realização de Estágios de Vivências- EVSUS¹⁶ em sistemas locais de saúde:

Os estágios e vivências constituem importantes dispositivos que permitem o estudante experimentar um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho dos serviços de saúde, entendido enquanto um princípio educativo, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população. (BAHIA/SESAB, 2012).

A Educação Permanente é um fator preponderante para a qualidade dos serviços de saúde, as novas práticas no setor da saúde exige uma formação profissional para além do olhar clínico, mais voltado para os diversos fatores entrelaçados na realidade dos usuários.

Sendo assim, finalizando essa reflexão é possível analisar que, mesmo com tantos avanços, o SUS, inserido neste campo contraditório, entre público e privado encontra sérios problemas para sua consolidação, o que não quer dizer que devemos desvalorizá-lo, mas somar forças e buscar bases para seu fortalecimento.

Para melhor compreendê-lo serão apresentadas a seguir as mudanças que ocorrem na sociedade brasileira a partir da descentralização das decisões no planejamento das políticas públicas com a abertura de novos atores sociais nesses espaços dando início a construção de uma sociedade mais democrática.

¹⁶ O EVSUS tem como objetivo: Provocar no estudante o compromisso ético-político nos processos de transformação do setor saúde, refletindo acerca do seu papel enquanto agente construtor e modificador das práticas sociais; Estimular discussões relativas à integração entre educação e trabalho na saúde, articulando os gestores, trabalhadores e instituições formadoras na perspectiva da reorientação das práticas de ensino e de atenção; Contribuir para o amadurecimento de prática multiprofissional e interdisciplinar; Orientar novas práticas pedagógicas; Contribuir para a implementação de políticas públicas de saúde em diferentes localidades. O Estágio de vivências no SUS é fruto da articulação entre a Escola Estadual de Saúde Pública e estudantes da área de saúde no Estado, visando à construção de estratégias que orientem novas práticas pedagógicas e novas práticas de saúde, com vistas à integralidade da atenção. (BAHIA/ SESAB/ 2012)

2.2 A importância dos espaços democráticos na viabilização e defesa de direitos: O caso dos Conselhos e Conferências.

Antes de adentrarmos no debate acerca da transição de um Estado ditador para um estado democrático é relevante elucidar alguns elementos importantes que antecederam a este processo.

Na década de 1970 estava em curso processo de redemocratização do país, com o surgimento de novos atores sociais e políticos. Neste período ocorreu às redefinições das relações de poder com o ideário de um campo democrático, com a descentralização das decisões, estabelecimento de novos parâmetros para gestão pública:

O discurso reformista privilegiou unilateralmente a importância da sociedade civil no contexto e na dinâmica da reforma do Estado. Tratou de valorizar precisamente sua contribuição para a gestão e a implementação de políticas. (NOGUEIRA, 2004)

Essa relação, mesmo havendo momentos de tensão, resistência no firmamento das decisões, com isso a sociedade civil, não mais ficará de “fora” do Estado. Neste campo ideológico é preciso haver responsabilidade de ambos os interesses, com uma ação política e comprometida com a construção democrática, caso contrário o Estado continuará dando prioridade a projetos que vão favorecer lucros e não despesas.

Streck e Adams (2006, p. 102- 103) apontam algumas características referentes à participação numa perspectiva emancipatória, as quais podem ser assumidas enquanto pilares para a emergência de uma cultura de participação:

A participação constitui um valor intrínseco; há um vínculo entre participação e igualdade; a participação engendra e nutre a identidade de grupos e movimentos; há uma relação positiva entre participação e eficiência; a participação tem um valor pedagógico; a participação oferece o surgimento de novas lideranças; a participação não pode ser delegada nem institucionalizada.

Por tudo isso, é preciso neste campo de disputas, que a sociedade assuma politicamente o seu papel de agente transformador e compartilhe as responsabilidades, expressando seus interesses, suas diferenças, suas angústias para que seus problemas não

fiquem invisíveis diante das ações do Estado, e os mesmos possam fazer parte da agenda das políticas públicas para serem resolvidos. Por isso:

É preciso que se compreenda que a política implica uma disposição (ética, existencial, intelectual) tanto nos indivíduos quanto nos grupos, para sair-de-si e pensar o outro: pensar, portanto o conjunto dos interesses, a correlação de forças, o governo, a dominação, as necessidades e as possibilidades. (NOGUEIRA, 2004)

A reflexão realizada pelas autoras Neves e Castro (2012) em seu estudo *Democracia, Sociedade Civil e Serviço Social*¹⁷, aponta os desafios posto para democracia participativa, com a despolitização do Brasil, a partir das mudanças que se gestou na sociedade em 1990 com a política neoliberal, isso influenciou na regressão dos direitos sociais conquistados anteriormente com a proposta de ampliação dos direitos sociais, superando o regime ditatorial instaurado em 1964.

Nesta conjuntura de fragilização das lutas sociais, uma estratégia importante é o fortalecimento da democracia, da sociedade civil e da esfera pública através da participação política nos diversos espaços como conselhos de política e de direitos¹⁸, orçamento participativo, movimentos sociais, tendo como intencionalidade o questionamento da cultura política da crise gestada pelo grande capital (MOTA, 1995)

Para Ingraio (1980), “a democracia precisa ser ampliada, havendo necessidade de democracia direta, de base, articulada à democracia representativa para se concretizar a democracia progressiva, ou seja, a democracia de massas”.

Em 1989, houve uma disputa entre dois projetos societários distintos: democracia de massa x democracia restrita (NETTO, 1990), o projeto de democracia de massas propõe uma maior participação da sociedade civil comungando as instituições, parlamentos e os sistemas partidários com uma rede organizada de base, sindicatos, representantes de empresas, profissionais, representantes de bairros e movimentos sociais), adotando assim, a construção de um Estado democrático e comprometidos em intervir na questão social (BRAVO, 2001).

¹⁷ O Livro *Democracia, Sociedade Civil e Serviço Social: uma perspectiva crítica*, organizado por Angela V. Neves e Alba Tereza Barroso de Castro fazem uma abordagem de temas relevantes para a atual conjuntura, pois a participação da sociedade civil tem sido despolitizada no Brasil, a partir dos anos de 1990, com as mudanças radicais que se processam na relação Estado- sociedade, orientadas pelo neoliberalismo.

¹⁸ Os arranjos participativos concebidos nos anos de 1980 como os conselhos de políticas e de direitos e o orçamento participativo foram concebidos como mecanismo de democratização e participação dos sujeitos sociais na perspectiva de estabelecerem novas bases de relação Estado-sociedade. São consideradas inovações na gestão das políticas sociais, pois a preocupação era procurar que o Estado atuasse em função da sociedade. (NEVES, CASTRO, 2012)

Em contrapartida, o projeto democracia restrita, adota uma política individualista, com pouco investimento no social, tendo como foco central o “máximo para o capital e mínimo para o social” (BRAVO, 2001).

Mas, a partir de meados dos anos de 1990, o projeto de democracia de massas, no bojo de uma política neoliberal é desarticulada, causando indignação e diversas críticas, principalmente pelos resultados conquistados com a promulgação da Constituição Federal de 1988 ao ampliar os direitos de cidadania, tais práticas iam em contramão as conquistas sociais.

Nestas contradições, o Estado tem como pressuposto desestabilizar os ideais democráticos, diante disto Montanõ (1999) afirma que:

(...) o neoliberalismo visa à reconstituição do mercado reduzindo ou até eliminando a intervenção social do Estado em diversas áreas e atividades. É o que já caracterizamos como a passagem do fundamento da legitimação sistêmica das lógicas democráticas-particularmente no âmbito estatal – para as lógicas da sociedade civil e do mercado.

Observa-se assim, a desresponsabilidade do Estado na intervenção das expressões da questão social advinda de um país economicamente desigual e perverso em que milhares de pessoas vivem em plena miséria. Um Estado que apenas visa à manutenção e fortalecimento do capital, “o mercado será a instância por excelência da regulação e legitimação social” (MONTANÕ, 1999).

Hoje o que se tem percebido é uma clara tendência de transferência das ações governamentais públicas para o setor privado. O que denominamos de re-filantropização da questão social, deslocamento da responsabilidade pública para as instituições da sociedade civil.

Uma progressiva mercantilização do atendimento das necessidades sociais vem ocorrendo com a privatização das políticas sociais. Nesse processo os serviços sociais deixam de expressar direitos sociais, metamorfaseando-se em atividade de outra natureza, inscrita no circuito da compra e venda de mercadorias, em detrimento dos direitos sociais de cidadania, que, em sua necessária dimensão de universalidade, requer a ingerência do Estado" (IAMAMOTO, 2001, p.26).

Esse deslocamento da esfera pública para a esfera privada ocorre em detrimento das lutas e de conquistas sociais e políticas extensivas a todos. É exatamente o legado de direitos conquistados nos últimos séculos que esta sendo desmontado nos governos de orientação

neoliberal, em uma nítida regressão da cidadania que tende a ser reduzida as suas dimensões civil e política erodindo a cidadania social. (IAMAMOTO, 2001).

Desta forma, o setor saúde sofre com rebatimentos da escassez de recursos que enfraquece a efetivação dos princípios que norteiam o SUS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde 1986 – representou um grande marco na luta por melhores condições de saúde. As novas propostas que foram pauta de reivindicações marcaram o início da participação popular nos debates das conferências, propondo e aprovando propostas que viessem a contribuir com a ampliação do conceito de saúde:

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (CARVALHO, 1995, p.53).

A Constituição de 1988 criou bases legais para uma atuação democrática e participativa. Democratizar a gestão das políticas públicas significa participar no processo de formulação e avaliação da política, da gestão de sua implantação, operação, fiscalização de sua execução, através de mecanismos institucionais. Com a efetivação da participação popular os atores sociais passaram a decidir nas implementações das políticas sociais, contribuindo na melhoria de suas demandas, e no desenvolvimento de um país mais igualitário.

Somente por meio da articulação entre mecanismos de representação indireta com os organismos populares de democracia de base que os elementos de uma nova concepção de democracia e cidadania podem surgir e tomar corpo. (...) essa articulação pode permitir o predomínio da vontade geral e a conservação do pluralismo. (COUTINHO, 1992).

Para o fortalecimento e efetivação do controle social¹⁹ no SUS, é imprescindível que a comunidade seja mais propositiva com ações políticas. Mas, como efetivar a participação

¹⁹ A categoria controle social foi, historicamente, entendida como controle do Estado ou do empresariado sob as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição Federal, é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Esta última concepção de controle social tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o

popular na gestão democrática? O Controle Social no SUS pressupõe alguns mecanismos de participação popular para atuar nas definições democráticas das políticas de saúde, esses mecanismos foram conquistados constitucionalmente, que Barros (1994) destaca serem fundamentais para o exercício do controle democrático:

- Conferências de Saúde;
- Conselhos de Saúde;

Além desses mecanismos legais existem outras instâncias de participação, que podem contribuir para o fortalecimento do controle social no SUS auxiliando na defesa dos direitos sociais, dentre elas podemos destacar:

- Ministério Público;
- Ouvidorias;
- Movimentos Sociais /Saúde;
- Plenárias/Fóruns de Saúde;
- Organizações não governamentais;
- Partidos Políticos;
- Órgão de defesa do Consumidor;
- Redes Sociais.

Os Conselhos e Conferências foram adotados por diversas áreas sociais e estão, hoje, consolidados como mecanismos de democracia participativa.

Esses mecanismos de participação democrática estão presentes em todas as políticas sociais, porém, apesar dos desafios, foi no setor saúde que mais avançou em virtude das propostas de mudanças legais adotadas por esta política. Logo, a área da saúde foi pioneira nesse processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 1970 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária, que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda “médico-assistencial privatista” para um sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade.

A gestão participativa representa a construção de uma nova forma de organização social, pautada na aproximação do Estado e sociedade no redirecionamento das políticas sociais, na busca pelo consenso nas decisões, as quais devem levar em consideração o bem comum e não mais os interesses individuais, rompendo com o modelo burocrático que cerceava qualquer forma de expressão popular.

A idéia de participação disseminada na 8ª Conferência Nacional de Saúde é estabelecida de forma ampliada, onde a população torna-se protagonista da gestão e dos serviços de saúde. Clamava-se pela atuação da Sociedade Civil na arena decisória das políticas de saúde. Contudo, o processo de controle social que começou a ser fortalecido a partir da 8ª Conferência esbarra em alguns limites derivados da própria fragilidade da Sociedade Civil em participar e se organizar politicamente para defender os interesses da coletividade. (MIRANDA, 2009)

Os Conselhos de saúde²⁰ são considerados como uma conquista muito importante na História da política de Saúde brasileira, por estabelecer uma relação dialética nas relações entre diversos atores sociais nas formulações de estratégias das ações no setor saúde e na construção de novas percepções no conceito saúde.

Além das funções estabelecidas no Decreto n.º 99.438, de 7 de agosto de 1990, adaptadas às esferas competentes, as leis municipais e estaduais tem o dever de assegurar os conselhos as seguintes funções:

- Formular e deliberar sobre a política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sendo suas decisões homologadas pelo chefe do Poder Executivo, em seus respectivos níveis de atuação. A homologação deverá ocorrer em 30 dias, caso contrário, elas retomam ao plenário do conselho para nova votação que deverá ser acatada;
- Definir estratégias e mecanismos de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em níveis nacional, estadual e municipal;
- Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização do funcionamento do SUS;
- Convocar e estruturar a Comissão Organizadora das Conferências estaduais e municipais e distritais de Saúde, marcando com antecedência as datas de realização;
- Aprovar critérios e parâmetros para o repasse de verbas de sua esfera de competência para níveis mais descentralizados, respeitando a legislação vigente e propor a

²⁰ Os Conselhos de Saúde, embora com funções previstas em lei, assumem papéis muito diferenciados a partir da vontade do Executivo em democratizar, ou não, as decisões sobre saúde. É preciso uniformizar e melhorar a legislação sobre as funções dos conselhos, assegurando um patamar mínimo de intervenção comum que caminhe rumo ao efetivo controle social no Sistema Único de Saúde. A legislação que regulamenta os conselhos deve ser explícita quanto a seu caráter permanente e deliberativo, prevendo a participação das entidades representativas dos usuários (em nível paritário em relação ao conjunto dos demais segmentos), dos trabalhadores da saúde e de prestadores de serviço de saúde públicos e privados. Deve também estabelecer que os representantes da sociedade sejam escolhidos e indicados por seus respectivos representantes sem nenhuma interferência do governo. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Plenárias nacionais de conselhos de saúde: resgate histórico do controle social no SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 256 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil) (Série Histórica do CNS)

destinação de pelo menos 10% dos orçamentos municipais, estaduais e federal para a saúde, assim como 30% do orçamento da Seguridade Social;

- Propor critérios para a programação e para a execução financeira e orçamentária dos fundos de saúde, deliberando sobre a destinação dos recursos, fiscalizando e controlando seu funcionamento;
- Estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicas ou privadas no âmbito do SUS, fiscalizando seu funcionamento por meio de seus membros ou de comissões designadas pelo conselho.

As Conferências de Saúde são espaços democráticos de construção da política de Saúde, portanto é o local onde o povo manifesta, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera, reforçando essa participação conforme apresenta a Constituição Cidadã em seu ART. 1º. “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”. (CF, 1988)

O debate acerca das Conferências não é algo novo, diversas Conferências já aconteceram no Brasil para debater as condições da saúde pública e propor novas ações para o fortalecimento do SUS. A 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em Dezembro de 2011, com o tema central, “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”, mais de quatro mil participantes, entre delegados e convidados, discutiram a temática para propor novos rumos às políticas públicas de saúde.

A Conferência ocorreu durante quatro dias, o que resultou no desdobramento de sugestões importantes para qualidade dos serviços no SUS. No decorrer dessas discussões algumas propostas foram aprovadas na tentativa de fortalecer o SUS real, assegurado constitucionalmente. No que se refere à gestão participativa e controle social, foi aprovada a seguinte proposta:

Fortalecer o controle social autônomo, paritário, democrático e deliberativo em todas as agências de fiscalização para a defesa dos direitos da cidadania e do bem comum, legitimando os Conselhos de Saúde como espaços estratégicos de gestão participativa para pactuação e estabelecimento de compromissos entre a gestão pública, os trabalhadores e os usuários, visando o desenvolvimento e qualificação dos serviços e das políticas públicas de saúde, como política de governança, impactando na melhoria da qualidade de vida da população, com fiscalização dos prestadores de serviços contratados/conveniados quanto à efetiva disponibilização dos

procedimentos, medicamentos e insumos necessários ao tratamento de usuários do SUS sob sua responsabilidade, com acesso irrestrito, nos termos da lei, a todas as informações necessárias sobre os serviços de saúde, incluindo média e alta complexidade e pesquisas de opinião pública com usuários e trabalhadores, dando publicidade adequada aos resultados (BRASIL/MS, 2012, p.15).

Neste evento tão importante para História da saúde pública Brasileira, diversas propostas foram aprovadas para o redirecionamento do SUS, conforme os ideais reformistas, na perspectiva da democratização dos serviços efetivação dos princípios que os norteiam.

A sociedade civil é representada por conselhos que participam das conferências com propostas objetivando garantir maior visibilidade nas demandas sociais. A participação social assume um papel importante no processo de formulação e na consolidação das políticas públicas, atuando como atores capazes de combater as irresponsabilidades dos governos e promover espaços mais democráticos.

As Conferências e os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo entendidos como elo de comunicação importante no monitoramento das políticas públicas.

Os conselhos de saúde são instâncias de caráter permanente, deliberativo e paritário, entendido como um dos mecanismos de democracia direta, tendo como representação, usuários, gestores da saúde, prestadores de serviços públicos e privados, composto por 50% de usuários e 50% por gestores e trabalhadores em Saúde. Tem como objetivo discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera, com base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania.

Criado na década de 1990, posterior as Leis Orgânicas de Saúde, os Conselhos de Saúde são representado nos três níveis de organização: nacional, estadual e municipal. De acordo Sposati & Lobo (1992), a forma de regularização e de normatização da presença popular na gestão de saúde indicou o caminho “tripartite”, envolvendo os trabalhadores de saúde, os dirigentes e a representação popular.

Atualmente no Brasil os conselhos estão organizados em Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselhos Estaduais em todos os Estados brasileiros e Conselhos Municipais, em diversos municípios.

Mesmo sendo garantido constitucionalmente como um direito do cidadão a participação popular nos espaços decisórios, essa conquista tem alcançado ampla participação?

Infelizmente a participação popular é um fator que implica na concretização da democracia, principalmente pela influência de uma cultura autoritária arraigada na população.

Para tanto, é necessário potencializar ações que sensibilizem os sujeitos a incorporar a nova concepção de ação política diferentemente da adotada anteriormente, caso contrário, não será possível efetivar o controle social no SUS.

Com o intuito de repensar e propor novas ações para o enfrentamento das problemáticas que perpassam a realidade do SUS, dificultando a sua consolidação, foi realizado o I Congresso Nacional dos Conselhos de Saúde em Salvador-Ba, em 1995, neste evento reuniu segmentos de distintos Estados, considerado um marco histórico na trajetória dos conselhos de saúde.

Estes espaços inovadores passam a orientar-se por uma nova concepção de controle social, construída pelos movimentos de redemocratização da década de 1980.

A seguir para dar continuidade à discussão acerca da importância dos espaços democráticos para alcançar maior resolutividade nas demandas sociais, abordaremos a Lei 8.142/90 como uma conquista favorável na luta pela democratização de direitos.

2.3 A Lei 8.142/90 e os desafios para o Controle Social na Saúde.

Com a Constituição Federal ocorreram avanços significativos no Brasil, ao proporcionar a participação popular em diversos espaços. Um novo caminho estava sendo construído na História da sociedade brasileira, possibilitando maior representatividade da população no controle das políticas sociais, o que Benevides “denominou cidadania ativa” (RAICHELIS, apud, BENEVIDES, 1990, p. 30).

Benevides (1990) quando traz a reflexão acerca da cidadania ativa chama atenção da sociedade para participar ativamente dos espaços decisórios e externar os principais problemas que tem afetado a população, sobretudo os problemas locais para que sejam elaboradas propostas que possam intervir nessas questões e proporcione uma vida com qualidade para as pessoas.

Contudo, a participação ativa do cidadão no controle social²¹ pressupõe a transparência das ações governamentais, portanto é um dever de todos os cidadãos acompanhar e fiscalizar como está sendo empregado o dinheiro público, para que o mesmo seja bem empregado e garanta melhores condições de vida para a população brasileira.

Conforme Raichelis (2008), a participação popular nas decisões das políticas públicas tem sido um mecanismo considerável, pois possibilita novas relações entre esfera institucional e os representantes dos segmentos sociais na elaboração e implementação das políticas públicas o que favorece maior alcance das demandas sociais.

A partir do arcabouço legal da constituição, o direito à saúde passou a fazer parte dos direitos humanos, sendo considerado como o direito ao bem estar completo, fruto da luta dos movimentos sociais pelo processo emancipatório no anseio de estabelecer um cuidado à saúde na perspectiva de entender o indivíduo na sua essência.

Uma nova forma de participação foi gestada no seio da sociedade brasileira, exigindo mudanças nas relações de poder, resultando no aprofundamento da democracia participativa e na articulação de diversos atores sociais na construção de um novo cenário na história da saúde pública por entender que a sociedade precisa estar inserida nos espaços políticos para traçar estratégias de acordo com sua realidade, portanto, não é possível discutir os problemas da sociedade sem inseri-las neste processo.

Pensando no fortalecimento do controle das políticas públicas de saúde e na materialização da participação da comunidade como direito e descentralizando as decisões, a Lei Orgânica da saúde 8.142/90 vêm estabelecer normas e diretrizes que orientam o novo sistema de saúde, legalizando assim, a participação da comunidade como um direito assegurado por lei, considera-se então uma forma mais avançada da democracia.

A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, e denomina em seu art. 1º que:

²¹ Constituiu-se enquanto processo de relação transparente em vista da conformação de interesse entre sociedade civil e Estado, na garantia de direitos de cidadania da população. O exercício do controle social exige participação ativa da sociedade civil como protagonista, pois é capaz de definir prioridades, elaborar políticas e critérios de acesso a programas e projetos, deliberar sobre o fluxo orçamentário e fiscalizar as ações de governo nos diferentes níveis. Esse controle, para ser efetivo, exige a compreensão da realidade social, política, econômica, cultural; da legislação [...]. (MACHADO, 2012). O Controle Social sobre a política de saúde nem sempre correspondeu à perspectiva dos direitos da população em participar da formulação e implementação da política de saúde, pois esse direito só foi obtido através da Constituição Federal de 1988. Antes, o direcionamento dessa política acontecia de acordo com os interesses dos países e das classes economicamente dominantes, que influenciavam diretamente o Brasil, sem a mínima participação da sociedade no que conviria opinar, sugerir, fiscalizar.

O Sistema de Único de Saúde (SUS) de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - Conferência de Saúde; II – O Conselho de Saúde.

Sendo o controle social um mecanismo importante no monitoramento das políticas públicas de Saúde, é importante definir o seu significado e quais os principais desafios para sua efetivação. Neste contexto, os interesses da população é legitimado no exercício do controle social (BRASIL, 2009).

Afinal, o que vêm a ser controle social? Infinitas definições podem ser encontradas para definir o significado de controle social, o que bem sabemos é que este mecanismo tem favorecido maior articulação entre Estado e sociedade e fortalecido o exercício da cidadania.

Para melhor compreensão o controle social é entendido como a participação do cidadão na gestão pública, na fiscalização, no monitoramento e no controle das ações da Administração Pública (BRASIL, 2010). Surge então, a perspectiva de um controle da sociedade civil sobre o Estado, sendo incorporada pela nova Constituição Federal de 1988 juntamente com a criação do SUS (BRASIL/MS, 2003). No entanto alguns autores como Nogueira (2004) refutam a nomenclatura controle social por achar que carrega em si um reducionismo em relação a amplitude do direito assegurado pela Constituição Federal de 1988, conforme sua concepção as conquistas estão além da nomenclatura proposta.

As Normas Operacionais Básica também são considerados mecanismos de normatização da política de Saúde. Recentemente, foi instituída a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS- SUS 01/01) instituída pela Portaria Nº 95/2001/MS, que exige o cumprimento de uma grande quantidade de normas e portarias; através dela os Estados passam da função de meros mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual, passando a dar ênfase na regionalização ao invés da municipalização. Em seguida, foi instituída pela Portaria Nº 373/ 2002/MS a Norma Operacional NOAS-SUS 01/01, esses mecanismo foram pensados como estratégias legais para a população interferir no direcionamento da Política de Saúde²².

Ademias, esse debate tem sido campo de discussão de distintos autores, que trazem reflexões importantes e propositivas. Para Carvalho (1995, P.8) “controle social é expressão

²² Num país onde as formas de controle social baseavam-se no controle do Estado sobre a população, passa a vigorar uma Constituição Cidadã (1988) que revela o controle social sob uma nova perspectiva, admitindo a participação social através dos conselhos, conferências e fóruns de debate sobre as políticas sociais. Segundo Bravo (2001, p. 45), essa última concepção de controle social tem como marcos o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate à democracia e, na saúde, o movimento de reforma sanitária. (PRÉDES, 2007).

de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”, já Cohn (2000, p.45) afirma que o controle social vem sendo utilizada para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS. Seu exercício caberia aos Conselhos de Saúde através da deliberação “sobre a definição das políticas de saúde a serem implementadas, bem como o monitoramento de sua implementação”, esse discurso assemelha-se ao de Bravo (2002, p.45) por compreendê-lo no que condiz a Constituição Federal.

No art. 204, inciso II da Constituição Federal enfatiza a relevância da participação da população através de representatividade na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis. Sendo assim, a sociedade exerce um papel importante no direcionamento e operacionalização das políticas públicas, mesmo alcançando essa conquista, a participação popular ainda caminha a passos curtos, o que requer estratégias de mobilização que sensibilizem o indivíduo que a mudança social só ocorrerá de forma universal quando houver um maior comprometimento do cidadão nas decisões políticas.

A discussão de controle social ainda é pouco debatida com a sociedade tendo como desdobramento um processo de avanços e retrocesso. No entanto, a desinformação acerca da importância da participação da comunidade no fortalecimento do controle social no SUS é um fator a ser considerado, sendo muitas das vezes estratégia política por reconhecer que quanto mais os indivíduos souberem os seus direitos se tornará cidadãos mais propositivos e participativos, portanto o conhecimento é fundamentação para emancipação do indivíduo.

A Lei 8.142/90 em seu Art.3º aborda acerca dos recursos, assunto este, que tem se colocado como um dos principais entraves para materialização dos princípios que norteiam o SUS, acarretando na fragilização dos serviços. Conforme o artigo, os recursos referidos no inciso IV do art. 2ª desta lei serão repassados de forma regular automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

Frente a esta afirmação como deve se posicionar a sociedade? Neste contexto, deve adotar uma ação política, ficando atento acerca da utilização dos recursos financeiros, para que o mesmo aplicado corretamente, de modo a atender as necessidades da população, portanto compete ao cidadão exercer o controle dos recursos públicos “leva também a participação cotidiana do povo na gestão pública e a potencialização de instrumentos adequados para o uso e distribuição mais eficiente de recursos públicos” (BATTINI, 1998, p. 41).

O Controle social no SUS depara-se com alguns desafios que impedem maiores avanços, para que possamos buscar estratégias de superação é relevante que esses desafios sejam

apontados para que o controle social encontre bases para se fortalecer e ações mais efetivas sejam engendradas na saúde. Neste sentido, Correia (2005) afirma que:

Autonomia e independência dos Conselhos e dos Movimentos Sociais, articulação dos segmentos que defendem os interesses coletivos, criação e fortalecimento dos espaços alternativos de controle social envolvendo o conjunto da sociedade; resistência aos processos de privatização da saúde pública; luta pela regulamentação da EC 29; luta pela desprecarização do trabalho em saúde e defesa intransigente da saúde pública.

Atrelados a esses desafios, como já foi mencionado no decorrer da discussão o não conhecimento da Política de Saúde, da Constituição Federal de 1988, e as distintas leis que defendem os direitos do cidadão, é um dos principais desafios a ser eliminado, é preciso conhecer para intervir, caso contrário, caminharemos a passos extremamente curto.

No próximo capítulo será realizada uma reflexão acerca do Serviço Social no âmbito da Saúde frente a esse processo contraditório, e seus desafios na garantia e defesa do direito a saúde.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: SUA ATUAÇÃO NO FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL.

No segundo capítulo será contextualizado um pouco da história do Serviço Social no Brasil, bem como sua inserção nas políticas sociais tendo como foco de estudo sua atuação no âmbito da Política de Saúde e suas contribuições no fortalecimento do controle social no SUS.

As primeiras Escolas de Serviço Social surgiram no Brasil no final da década de 1930 nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, sob forte influência Católica européia, no aprofundamento da questão social²³ no país, oriunda do processo de industrialização e urbanização, que segundo Iamamoto (2002, p. 21) “(...) O Serviço Social emerge como uma atividade com bases mais doutrinárias que científicas no bojo de um movimento de cunho reformista-conservador”.

A princípio o Serviço Social caracterizou-se sob cunho caritativo, uma profissão eminentemente feminina, surge de modo a atenuar as diferenças sociais, existentes na época, colocando-se no lado do proletariado, que era subjugado pela burguesia. Por forma a desenvolver esta filantropia, foi criada a Sociedade de Organização de Caridade, em 1869, sendo esta o resultado da junção entre a Burguesia, a Igreja e o Estado. Pretendia-se com esta sociedade, o alargamento da assistência aos mais desfavorecidos, sendo inicialmente praticada por mulheres de alta burguesia, que posteriormente se vieram a profissionalizar.

A profissão só foi reconhecida e regulamentada em 1957 com a Lei 3.252. No decorrer de sua trajetória com as transformações sociais, um novo aparato jurídico foi implantado no seio da categoria buscando romper com a perspectiva conservadora. A profissão começa trilhar novos caminhos, passando a ser regulamentada pela Lei 8.662 de 1993, instituindo no mesmo ano um novo Código de Ética para nortear a profissão na sociedade contemporânea, na luta pela garantia e universalização dos direitos sociais, civis e políticos. A Lei 8.622/93 que regulamenta a profissão, mencionada anteriormente dispõe sobre:

²³ Diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como seus frutos. É indissociável da emergência do “trabalhador livre” que depende da venda de sua força de trabalho como meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa, portanto, desigualdades econômicas políticas e culturais das classes, midiatisadas por disparidades nas relações gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. (IAMAMOTO, 2006, p. 26).

O Exercício profissional e as competências e atribuições privativas dos assistentes sociais e sobre as entidades de fiscalização da categoria – Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). A profissão possui também, como entidade de organização de ensino e pesquisa, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); e no âmbito do movimento estudantil, a Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO).

Inicialmente tinha-se um Serviço Social que atendia mais as imposições da classe burguesa do que aos interesses da classe trabalhadora, com práticas conservadoras norteadas pela “ética da neutralidade”, apaziguava as manifestações dos subalternos quando explicitavam suas péssimas condições de vida, “enquadramento dos trabalhadores nas relações sociais vigentes, reforçando a mútua colaboração entre capital e trabalho” (IAMAMOTO, 2004, P. 20), observa-se um Serviço Social que atendia mais aos interesses do projeto reformista conservador²⁴ sem nenhuma visão crítica da realidade, muito menos pautado na perspectiva de garantir direito “*A origem do Serviço Social como profissão tem, pois, a marca profunda do capitalismo e do conjunto de variações que a ele estão subjacentes – alienação, contradição, antagonismos – pois foi neste vasto caudal que ele foi engendrado e desenvolvido*” (MARTINELLI, 2007, p. 66).

Neste contexto, que se acentuaram as discussões, questionando o pensamento conservador até esse período. Diante do exposto os assistentes sociais se reuniram para buscar uma prática construtora de uma nova realidade brasileira.

Segundo Iamamoto (2007) essa iniciativa resultou no Movimento de Reconceituação, um marco histórico para o Serviço Social, por romper com as práticas de intervenção adotadas neste período, com abordagens eminentemente funcionalistas, com ação interventiva tridimensionada; abordagens de caso, grupo e comunidade.

O Movimento de Reconceituação²⁵ foi um movimento que aconteceu nos países latinos americanos (Chile, Argentina, Peru e Uruguai), segundo Faleiros (1981), consistiu em

²⁴ O Serviço Social desenvolvia uma identidade de dominação, alienação política e social, econômica e cultural. Sendo que é importante destacar que a profissão do Serviço Social avançou em seu processo de institucionalização. Os Assistentes Sociais, porém, respondiam aos engendramentos formulados pela classe dominante, dos capitalistas, na medida em que atendia mais aos burgueses do que mesmo aos proletários. A profissão, portanto, caminhava na marcha oposta (contrária) aos anseios e lutas dos trabalhadores. Faltava ainda uma identidade profissional para o Serviço Social, o que tirava um pouco de sua firmeza, visto político e socialmente, haja vista os fortes controles por parte da burguesia para manter seus agentes sob vigilante controle. Disponível em : <http://descansoploucira.blogspot.com.br/2012/09/resumo-i-servico-social-identidade>. Acessado em 05/10/2013 às 17:00 horas.

²⁵ Porém o Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina foi interrompido pela repressão da ditadura militar na América Latina, tornando-se então, conforme Netto (2005) Porém o Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina foi interrompido pela repressão da ditadura militar na

um movimento de crítica ao positivismo e ao funcionalismo e a fundamentação da visão marxista na história e estrutura do Serviço Social:

Nos anos 60, os movimentos e lutas sociais, o desenvolvimento de experiências reformistas na América Latina, o surgimento da revolução cubana, a luta de guerrilhas e a reflexão em torno do processo de dependência acentuaram a insatisfação de muitos assistentes sociais que se viam como ‘bombeiros’, chamados a apagar pequenos incêndios, a atuar no efeito da miséria, a estabelecer contatos sem contribuir efetivamente para a melhoria da vida cotidiana do povo (FALEIROS, 1981, p.117).

Desse modo, este movimento possibilitou a identificação político-ideológica distanciando-se de fundamentos conservadores e aproximando-se de um pensamento crítico “uma visão política da interação e da intervenção” (FALEIROS, 1981, p.133).

O Movimento de Reconceituação se cria e se desenvolve a partir da identificação político-ideológica da profissão pelo capital e da negação de uma prática conservadora do Serviço Social, afirmando um compromisso político com a classe subalterna (SILVA e SILVA, 1995, p. 86, apud, MOTA, 1987, p. 15-16).

Ao longo de sua trajetória a profissão foi amadurecendo empreendendo novas categorias de pensamento, passando a compreender as contradições existentes entre o antagonismo da socialização da produção e apropriação privada dos frutos do trabalho. Concomitante, as práticas de intervenção se modificavam e se distanciavam da herança conservadora, adequando-se as novas bases de legitimação da ação profissional, acompanhando a dinâmica conjuntural, “um novo dimensionamento político da profissão supõe o atendimento de requisições teóricas e intelectuais novas” (IAMAMOTO, 1982, p. 300).

Na década de 1960 o Serviço Social inicia seu processo de maturidade da tendência hegemônica nos espaços acadêmicos e nas representatividades da categoria com a intenção de

América Latina, tornando-se um movimento inconcluso e contido em sua história, principalmente a academia no tocante ao ensino, pesquisa e extensão. Entretanto, apesar da asfixia provocada pela ditadura nos países-chaves da América Latina, Netto destaca que: [...] esta inconclusividade não fez do movimento algo intransitivo, que não remeteria mais que a si mesmo. Ao contrário, durante mais de dez anos, na sequência da década de 1970, a parte mais significativa do espírito renovador da reconceituação, processado criticamente, alimentou o que houve de mais avançado no processo profissional latino-americano. (NETTO, 2005, p. 15). Este movimento de efervescência política possibilitou a construção de uma proposta concreta de intervenção definindo objeto e objetivos do Serviço Social para além do conservadorismo, através da aproximação com o marxismo. Essas informações estão no site: t.scribd.com/doc/14943699/O-MOVIMENTO-DE-RECONCEITUACAO-DO-SERVICO-SOCIAL. Acessado em 06/10/2013 às 18:00 horas.

ruptura²⁶, na qual a profissão buscou romper com a marca conservadora das práticas, apoiada na matriz histórica crítica, frente à emergência da profissão, intervindo nas contradições que permeiam as relações entre o capital e trabalho.

A profissão passa pelo processo de renovação²⁷ “*a construção do pluralismo profissional, radicado nos procedimentos diferentes que embasam a legitimação prática e a validação teórica, bem como nas matrizes teóricas a que elas se prendem*” (NETTO, 2009, p.131). Essas mudanças renovadoras nas práticas profissionais, como apontado por Netto (1999) se define como um processo de recusa e crítica do conservadorismo que se encontra num projeto profissional novo com bases no denominado projeto ético-político²⁸.

O Projeto Ético-político da profissão teve sua gênese em meados da década de 1970, todavia consolidou-se basicamente em 1990, em meio à tensão dos ideais neoliberais que paira no seio da sociedade brasileira até os dias atuais. As conseqüências do neoliberalismo fortalecem os interesses do capitalismo, o que para a classe trabalhadora significou o aprofundamento das expressões da questão social, como a precarização do trabalho, redução salarial e o desemprego estrutural. No Brasil, esses impactos gerados pelo capitalismo repercutiram fortemente nos anos de 1990, justamente no momento em que o projeto ético-político consolidou-se na profissão.

Bravo (1996) ao analisar a saúde na década de 1980 e 1990 aponta mudanças na postura profissional. A profissão passa por um processo de renovação, absorve novos referenciais teóricos, resultando numa maior interlocução com a tradição marxista, isso favoreceu na mudança da postura dos profissionais inseridos na saúde, incorporando um posicionamento crítico. Essas mudanças foram evidenciadas na produção de trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; propostas de intervenção

²⁶ Nas suas expressões diferenciadas ela confronta-se com a autocracia burguesa: colidia com a ordem autocrática no plano teórico-cultural (os referenciais de que se socorria negavam as legitimações da autocracia), no plano profissional (os objetivos se propunha chocavam-se com o perfil do assistente social requisitado pela “modernização conservadora”) e no plano político (suas concepções de participação social e cidadania, bem como suas projeções societárias, batiam contra a institucionalização da ditadura). O fato central é que a perspectiva da intenção de ruptura, em qualquer das suas formulações, possui sempre um ineliminável caráter de oposição em face da autocracia burguesa, e este tanto a distinguiu – enquanto vertente do processo de renovação do Serviço Social no Brasil – das outras correntes profissionais quanto respondeu pela referida trajetória. (NETTO, 2009, p. 248).

²⁷ Entendemos por renovação o conjunto de características novas, no marco das constringências da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendência do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais. (NETTO, 2009, p. 131)

²⁸ Consultar a coletânea Serviço Social e Saúde: Formação Profissional. Esta coletânea traz um conjunto de artigos sobre temas de extrema atualidade para todos os que se interessam pelas políticas sociais, em especial a política de saúde. Ana Elizabete Mota (et al),(orgs). – 3.ed. – São Paulo: Cortez; Brasília-DF:OPS,OMS, Ministério da Saúde, 2008.

formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para atuação do Serviço Social no Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) e articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da Saúde.²⁹ Porém, para os autores Bravo e Matos (2006) mesmo com os avanços alcançados, ainda assim, os assistentes sociais chegam à década de 1990 desconectados do Movimento da Reforma Sanitária, desprovidos de ações progressistas, sem nenhuma organização para desarticular as perversas ações sistematizadas pelo Estado.

O Serviço Social tem um papel muito importante no ordenamento das relações sociais na luta pelo resgate da hegemonia rompida pelo sistema capitalista e no enfrentamento das latentes expressões da questão social, na perspectiva de estabelecer uma sociedade mais igualitária, livre e emancipada, tendo em vista os direitos sociais, principalmente o direito à saúde “com vista a contribuir para qualidade do espaço público, para o controle social e, em última instância, para a construção de uma nova ordem social” (VASCONCELOS, 1997).

É inadmissível que o Brasil, um país que concentra a maior riqueza do mundo, apresente um quadro assustador, em que milhares de pessoas vivem em plena situação de miséria, isso está explícito na disparidade entre a repartição da riqueza, em primazia dos interesses particulares. Diante deste cenário estarrecedor, o Serviço Social realizou uma campanha: Lutar por Direitos, Romper com Desigualdade³⁰, uma forma de expressar sua indignação frente às barbáries do capitalismo, revelando o compromisso ético e político de uma categoria que tem como horizonte romper as desigualdades existentes na sociedade brasileira na luta contra uma “economia política da iniquidade”:

Defendemos a luta pela democratização da política e garantia dos direitos sociais como estratégia de ganhos de acúmulo de forças da classe trabalhadora, e como mediação necessária e inadiável no percurso de construção de uma sociedade emancipada. (CFESS, 2009).

Os assistentes sociais estão sendo requisitados para atuarem em diversos espaços sócio-ocupacionais afirmando assim, o ideário teórico, técnico e ético-político da profissão, na construção de uma sociedade mais democrática e igualitária, pautada na luta intransigente pelos direitos humanos.

²⁹ Ver Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS

³⁰ Essas informações são baseadas nas publicações contidas no site oficial do CFESS, disponível em: <http://www.cfess.org.br>, acessado em 30/08/2013.

Diante de novas possibilidades de trabalho, os profissionais estão atuando em formulações, gestão e avaliação de políticas públicas. As novas demandas do mercado de trabalho exigem uma atuação profissional capacitada para acompanhar as transformações no mundo contemporâneo. Portanto, faz-se necessário uma formação profissional pautada nas competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política para um exercício profissional criativo, crítico e politizante. De acordo com Silva (2000) as transformações ocorridas na contemporaneidade impostas pelo modelo econômico vigente – o capitalismo – exige o redimensionamento das funções do assistente social como também, uma maior qualificação para o exercício da profissão.

No obstante, é preciso realizar uma reflexão acerca do exercício profissional do assistente social nos serviços de saúde tendo em vista que historicamente no âmbito da saúde, tem concentrado um quantitativo expressivo de assistentes sociais em decorrência das novas manifestações da questão social “a área da saúde, seja em instituições públicas, privadas lucrativas ou do terceiro setor, tem dado uma maior visibilidade à profissão” (PRÉDES, 2007), entendemos que os elementos históricos da profissão estão de certa forma relacionada à história da política de saúde no país, principalmente porque a profissão tem como eixo central a defesa do direito a saúde, uma das bandeiras de luta do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, contrapondo-se à concepção do modelo biomédico, centrada numa assistência individual, medicamentosa e hospitalocêntrico.

Neste sentido, é preciso fortalecer a Atenção Básica com foco na promoção e prevenção da saúde, traçando um plano de saúde em conformidade com os problemas da cidade, evitando que os hospitais sejam a principal porta de entrada dos usuários, o acesso aos hospitais deve ser em último caso.

Historicamente, a saúde tem sido um espaço privilegiado de atuação, com base numa pesquisa realizada em maio de 2004, que acompanhou o mercado de trabalho de Serviço Social em Alagoas, registrou 1.020 assistentes sociais com o registro ativo, distribuída por área de atuação. Assim, percebeu-se que, as políticas sociais que mais absorvem assistentes sociais é a de Saúde e Assistência Social.³¹

O Assistente Social ao planejar suas atividades para o exercício profissional deve levar em conta a demanda institucional, sem perder de vista a demanda do usuário; intervir de forma a contribuir na resolutividade de determinadas situações que estão ao seu alcance, desenvolvendo suas ações com base no Código de Ética e seu compromisso profissional;

³¹ Consultar o Livro Serviço Social, Políticas Sociais e mercado de trabalho em Alagoas. Organizadora Rosa Prêdes, 2007.

trabalhar com conhecimento da legislação profissional, das atribuições e competências da sua profissão, bem como dos limites que a instituição impõe. O trabalho desenvolvido é um trabalho político, pois não é neutro, tem uma intencionalidade, um compromisso que, segundo seu Código de Ética, remete a uma visão de homem e de mundo que possibilita a realização de ações transformadoras.

No que toca a efetivação dos direitos, tem sido um grande desafio na sociedade contemporânea marcada pela latente desigualdade e exclusão, frente à disputa dos dois projetos societários divergentes mencionando no capítulo anterior, em que um luta pela democratização do direito, posiciona-se a favor da equidade e da justiça social, defende o controle social para fortalecer as políticas públicas, compreende a assistência social como um direito e não como caridade, luta por uma sociedade independente, em contrapartida o outro projeto embasado numa política restrita e minimalista, aliado a um Estado que não cumpre sua obrigação estabelecida pela Constituição Federal em 1988, em garantir políticas sociais que proporcione melhores condições de vida para sociedade, visando sempre atender aos interesses do capital, transferindo para a sociedade suas responsabilidades, o que reflete no acirramento das desigualdades sociais e no índice elevado de famílias e/ou indivíduos vivendo em situação de vulnerabilidade social.

Na atual conjuntura a profissão sofre algumas tensões na defesa pelo direito à saúde frente à nova configuração da política de saúde que vem derruindo o SUS constitucional para firmar o projeto privatista que tem como consequência restrição do financiamento, ou seja, enxugamento nos gastos sociais e dicotomia entre ações curativas e preventivas “a privatização e a mercantilização do atendimento às necessidades sociais, com claras implicações nas condições e relações de trabalho do assistente social”. (OLIVEIRA e SALLES: 1998; BRAVO 1996; PEREIRA: 1998).

Essas considerações desafiam e impõem estratégias de intervenção que possibilitem o confronto com projetos societários burocráticos e excludentes que impede o avanço da democracia e a universalização dos direitos. Tal assertiva nos faz refletir e suscita algumas indagações: como o Serviço Social inserido no âmbito da Saúde, enquanto uma profissão comprometida com a garantia e defesa dos direitos sociais tem se articulado para fortalecer o SUS legal, garantido constitucionalmente, opondo-se ao SUS real (mercantilização da saúde) que dificulta a concretização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade?

O trabalho dos assistentes sociais tem sofrido impactos com a lógica mercantilista nos serviços de saúde, uma vez que reflete nas condições de trabalho, na relação com outros profissionais, na formação profissional, na ampliação da demanda e nas influências teóricas.

No entanto, o Serviço Social tem buscado estratégias para o enfrentamento da contra-reforma do Estado, que desde 1990 tem prejudicado a democratização dos serviços de saúde. Apoiando-se no aporte teórico, no projeto ético-político, no Código de Ética da profissão e nos ideais defendidos pela Reforma Sanitária de construir uma nova sociedade.

A categoria é direcionada por uma atuação profissional que analisa as contradições presente na realidade, apreende os conflitos implícitos nessa relação:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. [...] o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (BRAVO e MATOS, 2009, p. 25).

A dinâmica privatista tenta desvalorizar os direitos garantidos constitucionalmente, engendrando ações focais, ou seja, atendimentos básicos, que nem sempre esse básico consegue suprir a demanda existente, estrategicamente são pensadas para fortalecer o seguro privado que faz com que o cidadão se responsabilize em custear serviços mais complexo que dificilmente acessam pelo SUS.

Vasconcelos (1982) tece considerações pertinentes quanto ao perfil profissional para atuar nas expressões da questão social, ou seja, nas demandas oriundas da exploração capital trabalho:

- Apreensão crítica dos processos sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo;
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico – (nacional/inter) desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;

- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado³².

É fundamental que o assistente social apreenda o movimento da realidade social, compreendendo a lógica da organização capitalista, seus elementos e seus rebatimentos na vida do usuário, para a sistematização de uma prática eficaz com bases nos fatores determinantes que implicam no agravamento das iniquidades presentes nos serviços de saúde:

(...) organizar e planejar suas ações de forma que possam interferir nos determinantes sociais do processo saúde/doença no resgate da saúde enquanto direito social, a prática na saúde, em contraposição a uma prática espontânea e/ou instintiva, exige toda uma complexa série de requisitos, estratégias e ações, que pensadas e realizadas, nas suas relações e conexões, possam fomentar uma prática na saúde que, implicando assistentes sociais e demais profissionais em equipes multiprofissionais, possam resultar em planejamento, realização e avaliação de uma prática na saúde que contribua para ampliar, facilitar/radicalizar o acesso aos direitos. São estratégias e ações necessárias que, nas suas relações e conexões, facilitam o acesso aos direitos e contribuam para o exercício do controle social e da organização, diferentes para cada contexto (instituição, usuários, espaço do Serviço Social) para cada momento histórico. (VASCONCELOS, 2001)

O exercício profissional do assistente social não se reduz à ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos mesmos nas diferentes especialidades da medicina (MOTA, 2008). A grande preocupação gira em torno da importância de formar trabalhadores para o campo da saúde, com uma visão generalista e não fragmentada.

Todavia, outra preocupação que se coloca é a necessidade de sujeitos históricos individuais e coletivos não caírem no possibilismo, flexibilizando os princípios defendidos no projeto ético-político profissional e na proposta da Reforma Sanitária, questões que estão postas na saúde, nos movimentos sociais e têm repercutido no Serviço Social. (CFESS, 2009).

Desta forma, pode-se perceber a importância do profissional do Serviço Social na viabilização dos direitos dos usuários no que diz respeito à questão social e nas políticas

³² Informações extraídas das produções elaboradas pela ABEPSS/2003, contidas no artigo: Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. Esse artigo foi elaborado pela autora Ana Maria de Vasconcelos. Um estudo sobre a realidade do Serviço Social no cotidiano dos serviços de saúde na área municipal destaca a necessidade de qualificar ações que mobilize e impulsionem novas maneiras de realizar a prática, em especial, o Serviço Social na área da saúde, tendo como referência a saúde como direito universal e com controle social e o projeto ético-político do Serviço social brasileiro.

públicas de saúde. As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam na área da saúde ou em outro espaço ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres inscritos no Código de ética e na Lei que Regulamenta a profissão, devendo ser observados e respeitados, tanto pelas (os) profissionais, quanto pelas instituições(idem):

No art. 7º o Código de Ética é bem claro quando estabelece as relações com as Instituições empregadoras dos assistentes sociais:

Dispor de condições de trabalho condignas seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional. Ter acesso a informações institucionais que se relacionem ao programas e políticas sociais e sejam necessárias ao pleno exercício das atribuições profissionais. (CÓDIGO DE ÉTICA DO/ A ASSISTENTE SOCIAL, 1993, p.31)

Mesmo amparado por instrumentos normativos que buscam precisar os direitos e deveres profissionais, a qualidade dos serviços e suas responsabilidades, a categoria encontra desafios na relação instituição/profissional, na resistência de políticas institucionais que não tem nenhum comprometimento com a valorização do usuário, implicando na autonomia dos profissionais.

No entanto, mesmo com os impasses que permeiam essas relações, os profissionais não podem perder de vista os princípios fundamentais para construção de uma sociedade mais democrática, os quais constam no Código de Ética dos profissionais (1993):

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.³³

³³Esses princípios fundamentais constam no Código de Ética do/a Assistente Social (1993). Vale ressaltar que neste trabalho constam apenas alguns dos princípios.

Apesar do significativo avanço no âmbito da saúde, ainda há muito a ser feito para obter a garantia e concretização dos direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988. Portanto, é necessário que exista uma relação com os usuários como cidadãos de direitos, observando a relação orgânica do direito à saúde com outros direitos sociais garantidos pela Constituição, como educação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados, bem como o direito ao controle social.

Compete, portanto ao assistente social viabilizar e assegurar que os usuários tenham acesso aos serviços de saúde, fazendo com que suas demandas sejam resolvidas, para tal no capítulo I, O Código de Ética deixa explícito no art. 5º os deveres do/a assistente social nas suas relações com os usuários/as:

- Contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais;
- Garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e conseqüências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/os profissionais, resguardando os princípios deste Código;
- Democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as.

No entanto, a precarização dos serviços se coloca como um dos entraves que inviabiliza a garantia de serviços com qualidade e a efetivação dos direitos conquistados.

Pensando em nortear os serviços dos assistentes sociais no âmbito da saúde considerando que o profissional de Serviço Social é reconhecido como profissional de Saúde, através da Resolução CNS Nº 218, de 6 de março de 1997, que o CFESS (2009), a partir de discussões com diversas regiões, elaboraram o Documento cognominado Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde. No que diz respeito, a seguir faremos uma breve reflexão acerca deste Documento, que tem como objetivo referenciar a prática profissional dos assistentes sociais no cotidiano dos serviços de saúde

3.1 Parâmetros do Serviço Social na área da Saúde

A prática profissional dos assistentes sociais na saúde tem sido uma discussão constante na atual conjuntura sócio-histórica da sociedade brasileira, sem perder de vista a formação generalista que permite a atuação profissional em diversos espaços socioocupacionais.

O Serviço Social tem como foco central na sua prática profissional no âmbito da saúde viabilizar o acesso aos serviços de saúde. Desse modo, encontra-se amparado nos seguintes eixos: no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; na Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (Lei nº 8.662/93) representa a institucionalidade legal da profissão, no Código de Ética Profissional do Assistente Social (1993), e por fim nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009).

A atuação do Serviço Social historicamente na saúde se deu no âmbito curativo e individual, a partir da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na transição entre as décadas de 1980-1990, houve um reconhecimento da necessidade de afirmação da saúde enquanto direito humano condizente com o que preconiza a Constituição Federal de 1988.

Desta forma, o assistente social da saúde deve promover ações que estejam articuladas com a proposta do SUS; com a criação de estratégias voltadas para a efetivação dos direitos da população, considerando o código de ética profissional, de modo que a prestação de serviço atenda às demandas sociais da contemporaneidade (CONTI e MAGNABOSCO, 2009, p. 2). Pensar o Serviço Social na Saúde é importante considerar sua relação com o Movimento de Reforma Sanitária, por entender a grandiosidade desse movimento na transição social.

A Reforma Sanitária que ao analisar criticamente o processo de saúde e contestar as práticas medicalizantes e higienizadoras, utilizou-se das categorias do pensamento de Marx para discutir e responder as contradições sociais e definir uma nova concepção no conceito saúde, não podendo mais pensá-la exclusivamente no ponto de vista biopatológico, no abstrato, ou seja, isoladamente, por compreender que o modo de organização econômica de um país interfere na saúde da população. Essa crítica foi fundamental para a ampliação do

termo saúde, mola propulsora para as mudanças alcançadas, consagrando a saúde como um direito e não mais como caridade muito menos condicionada ao mercado de trabalho como anteriormente.

A questão saúde passa então a ser reconhecida nos seus condicionantes sociais, econômicos e políticos, por levar em conta que os problemas de saúde que acometem uma determinada sociedade só podem ser resolvidos ao apreenderem os fatores que interferem no processo saúde/doença, numa perspectiva de totalidade.

A Reforma Brasileira é uma luta permanente, pois ainda não temos uma democracia plena. As propostas sistematizadas pelos militantes para legitimar a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos, mesmo diante de um Sistema de Saúde potente, consolidado na Constituição, infelizmente ainda não se efetivaram, em virtude da pressão tensionada pela privatização dos serviços de saúde, que deseja eliminar os princípios de universalização e equidade.

A democracia plena só poderá ser concretizada quando houver uma transformação no aparelho do Estado, que até então é dominado pelos interesses da elite, buscando romper com os processos de mercantilização e iniquidades no contexto da saúde pública no Brasil.

Na saúde, a grande bandeira, continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos setenta. Este projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais. Identificar os impasses para efetivação desses projetos deve ser uma preocupação central. (CFESS, 2009).

O projeto da Reforma Sanitária exige do assistente social uma prática profissional que trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular:

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto- ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004)

Observa-se com isso, que o projeto ético-político e o de reforma sanitária se relacionam, pois versam os mesmos objetivos, ambos defendem a universalização das

políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Os dois projetos são construídos no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2009 construiu um Documento intitulado “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde”³⁴ para referenciar a intervenção do assistente social no âmbito da saúde, objetiva contribuir com o exercício profissional, nas repostas a partir da identificação das demandas postas tanto pela instituição quanto pelos usuários³⁵ na garantia e ampliação dos direitos conquistados no processo de redemocratização da sociedade brasileira.

Outrossim, reitera o compromisso por imprimir maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária³⁶:

Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde. (PARÂMETROS DE ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2009, p.12.)

A saúde do trabalhador tem se configurando como um campo importante de intervenção dos assistentes sociais, por causa dos determinantes das condições de saúde do trabalhador, reflexo da precarização do trabalho decorrente da complexidade da realidade presente. Demandando do assistente social ações de atendimento voltadas para prevenção e promoção da saúde, de fiscalização do ambiente e condições de trabalho, defesa das

³⁴ Constitui-se como produto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008, que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS. Visa responder, portanto, a um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde. Foi construído entre junho de 2008 a março de 2009, a partir de discussões realizadas em quatro reuniões de trabalho. Quando, inicialmente, foi definida a estrutura do documento e a metodologia para coleta de informações acerca das atribuições e competências profissionais até então sistematizadas pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). As reuniões que se sucederam aprofundaram os conteúdos das atribuições e competências profissionais no campo da saúde, resultando na versão preliminar deste documento. Tal versão foi apresentada aos CRESS e discutida com a categoria entre os meses de abril e maio de 2009, em atividades organizadas pelos CRESS, por serviços e universidades, sob a forma de oficinas, reuniões ampliadas e seminários.

³⁵ Alguns conceitos são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade. (PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2009, p. 39).

³⁶ Espera-se, com esta publicação, fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde, na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político Profissional, imprimindo maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde em todo o Brasil.

condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas envolvendo diferentes atores:

O assistente social atua no atendimento aos trabalhadores, seja individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores, compondo muitas vezes, equipe multiprofissional. Os desafios são muitos. Apesar dos avanços, a exemplo da realização da III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005, muito tem de se construir na implementação da política e no combate a atuação segmentada dos diferentes órgãos e instituições, como órgãos públicos da saúde, previdência social, trabalho e emprego, poder judiciário, empregadores, pesquisadores, movimentos dos trabalhadores, com destaque para a organização sindical, entre outros. (PARÂMETROS DE ATUAÇÃO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE, 2009, p.40)

O trabalho multiprofissional tem sido uma estratégia fundamental na identificação dos problemas de saúde, os olhares diferenciados contribuem para elaboração de ações que atuem na totalidade dos problemas diagnosticados pelos profissionais, que em conjunto analisam e buscam intervenções capazes de responder as demandas postas pelos usuários.

Neste sentido, visando um bom relacionamento do assistente social com outras categorias profissionais no “*fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo*”, que o Código de Ética dos/as assistentes sociais em seu Capítulo III, descreve acerca das relações da categoria supracitada com outros/as profissionais, precisamente em seu art. 10.

Incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar; respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões; ao realizar crítica pública a colega e outros/as profissões fazê-lo sempre de maneira objetiva, construtiva e comprovável, assumindo sua inteira responsabilidade.

A atuação dos assistentes sociais na saúde pauta-se em quatro eixos importantes: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional³⁷. Esta linha de ações contribui no fortalecimento da política de saúde, uma vez que toca nos pontos centrais para consolidação do SUS.

³⁷ Mioto e Nogueira (2006), ao caracterizarem as ações profissionais na saúde, consideram que há três processos básicos, dialeticamente articulados: processos político-organizativos, processos de planejamento e gestão e processos socioassistenciais.

Conforme apresenta os parâmetros, o atendimento direto aos usuários 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 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 municipal³⁸.

O atendimento direto é intrínseco aos serviços socioassistenciais, indissociável ao processo coletivo do trabalho em saúde. As ações socioassistenciais, têm sido uma das principais demandas do Serviço Social. As condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil, requer uma nova organização nos serviços de saúde, principalmente com os ataques da contrarreforma do Estado nas reformas pela qual passou a saúde na década de 1990 com a Implementação do SUS.

Os assistentes sociais enfrentam no seu cotidiano profissional diferentes questões operativas: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários. Essas demandas se expressam da seguinte forma no cotidiano dos serviços:

- Solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);
- Reclamação com relação à qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento;
- Não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários;
- Desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios;
- Agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção³⁹.

³⁸ Consultar Parâmetros de Atuação dos/as Assistentes Sociais na Saúde (2009).

³⁹ Conferir Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

O acirramento dos problemas enfrentados nos serviços de saúde demonstra que é preciso enfrentar politicamente e criarmos estratégias que viabilizem os princípios garantidos no Sistema Único de Saúde. A categoria profissional vem se posicionando pela luta no âmbito dos espaços de controle social com vistas à melhoria das condições de atendimento na esfera dos serviços de saúde.

O que bem sabemos é que o SUS enfrenta alguns gargalos para sua consolidação com a lógica privatista, contrapondo a essa lógica é que o conjunto CFESS/CRESS se posiciona na defesa pelo SUS constitucional conquistado com o Movimento da Reforma Sanitária, com o qual os assistentes sociais divide seus princípios ético-político na luta pela construção de nova sociedade.

Por uma Saúde pública universal e com qualidade que o CFESS, tem empreitado a luta frente à privatização da saúde. Em 2013, aconteceu o 4º Seminário da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, da qual o CFESS é membro, agregando novas Frentes Estaduais, alcançando 20 Estados, com a presença de aproximadamente 600 pessoas. O papel do CFESS foi articular com os assistentes sociais presentes, a partir dos debates promovidos pela mesa do seminário, de modo a mobilizar a categoria e pensar novas estratégias de luta contra a política privatista do governo federal brasileiro.

Neste contexto, as ações dos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial⁴⁰ e burocrático, ser propositivo e criativo e tecer reflexões que possa politizar seus usuários da importância da sua participação na luta em defesa e garantia do direito à saúde, é importante frisar que o financiamento e controle social são os elementos essenciais para efetivação das políticas sociais.

Tem-se por pressuposto que as transformações nas políticas sociais, e na sua em particular, só serão efetivadas por meio de um movimento de massas, que questione a cultura política da crise gestada pelo grande capital, e lute pela ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura (CFESS, 2009).

Os Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde pontuam o debate acerca de algumas abordagens desenvolvidas por segmentos profissionais. Apontam que alguns profissionais no seu exercício profissional vêm executando ações que fogem de suas

⁴⁰ As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais. A elaboração de protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços na instituição é fundamental.

competências, a exemplo da terapia familiar e individual, e equivocadamente tem reivindicado para o reconhecimento dessa prática como campo de atuação para a categoria exigindo qualificá-lo como Serviço Social Clínico⁴¹. Destarte é importante que os profissionais tenham em mente suas principais competências e atribuições para não realizarem atividades que foram superadas com os avanços conquistados pela profissão, livre de ações numa visão “holística do ser humano”. Visando deixar claro quanto às atribuições e competências dos assistentes sociais, o CFESS/CRESS aprovou a Resolução “definindo que o exercício de terapias não são atribuições dos assistentes sociais”.⁴²

Diante do exposto é relevante apresentar algumas ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais inseridos no cotidiano dos serviços de saúde:

- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;

⁴¹ É um movimento composto por um grupo de assistentes sociais com formação especializada nas mais variadas abordagens clínicas: holística, bioenergética, psicodrama, terapia familiar sistêmica, transpessoal etc. Essa discussão é algo complexo, que nos exige uma profunda reflexão, principalmente pelo Serviço Social ser uma profissão generalista. Conferir o Livro; Em foco: O Serviço Social Clínico e o projeto ético- político do Serviço Social, 2003.

⁴² Relatório do 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS, 2008.

- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços⁴³

A prática do Serviço Social no âmbito hospitalar consiste também em potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. Neste ambiente é comum o trabalho em equipe, entretanto as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os diversos profissionais. Neste sentido, recorreremos aos parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde que adverte:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (PARÂMETRO PARA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE, 2009, p.46).

Sendo assim, Yamamoto (2002, p.41) firma que, “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças”. No entanto, mesmo com as atribuições e competências definidas pelos documentos legais que regem a profissão, ainda assim, os profissionais da área de saúde enfrentam alguns dilemas e desafios frente às requisições institucionais.

O assistente social também desenvolve ações socioeducativas, que conforme o pensamento de Cardoso e Maciel (2009, p.142), a profissão “*se institucionaliza e se desenvolve na sociedade capitalista como ação de cunho socioeducativo, inscrita no campo político – ideológico, nos marcos institucionais das políticas sociais públicas e privadas*”.

⁴³ Consultar Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na saúde, 2009.

Nesta direção, Abreu (2009) apresenta considerações com base no pensamento de GRAMSCI, afirmando que as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais têm uma “função pedagógica”, por causa do vínculo que a profissão estabelece com as classes sociais. Isso advém no momento em que a profissão conecta-se com o paradigma crítico-dialético e institui o projeto ético-político como princípios que norteia a prática profissional.

As orientações e acompanhamentos a indivíduos, grupos e famílias, têm como intencionalidade a construção de uma nova cultura a enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas, podendo assim:

Contribuir para o fortalecimento de processos emancipatórios, nos quais há a formação de uma consciência crítica dos sujeitos frente à apreensão e a vivência da realidade, sendo ela, também facilitadora de processos democráticos, garantidores de Direitos e de relações horizontais entre profissionais e usuários, ao mesmo tempo em que projeta a sua emancipação e a transformação social. (LIMA, 1984, p. 137).

Diante dessas afirmações, esses procedimentos constituem como mecanismos importantes na materialização de direitos, possibilitando aos sujeitos maior envolvimento na história da sociedade⁴⁴.

Em relação à mobilização, participação e controle social, pressupõe um conjunto de ações para mobilização e participação dos usuários, familiares, trabalhadores da saúde, movimentos sociais, são estratégias que visa contribuir com a organização da população e dos usuários, enquanto sujeitos políticos que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde. A mobilização social se constitui como um principal instrumento no exercício da democracia participativa, por envolver e engajar o cidadão no planejamento das ações a serem desenvolvidas na política de saúde.

A luta pelo aumento de direitos sociais está relacionada com a ampliação do espaço público, no qual a sociedade civil possa se manifestar e ser representada. Para (ABREU, 2004) a participação popular é, assim, elemento central do processo de politização das relações sociais e de intervenção crítica e consciente dessas classes no movimento histórico e do desenvolvimento teórico-político da profissão.

⁴⁴ Resumidamente, concebe-se que a lógica das ações socioeducativas, realizadas no escopo dos processos socioassistenciais, está centrada nos usuários, enquanto sujeitos de direitos. Nessa lógica, desenvolve-se, por meio das relações que se estabelecem entre assistentes sociais e usuários, um processo educativo que possibilita aos usuários, a partir de suas individualidades, apreender a realidade de maneira crítica e consciente, construir caminhos para o acesso e usufruto de seus direitos (civis, políticos e sociais) e interferir no rumo da história de sua sociedade.

Por sua vez, o controle social, apresenta-se como um dos elementos constitutivos e instituintes da esfera pública, devendo articular-se aos demais processos sócio-político-culturais, mediadores da conformação da esfera pública. O assistente social para sensibilizar a população, tendo em vista a legitimação da participação popular, desenvolve algumas ações:

- Estimular a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde;
- Mobilizar e capacitar usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas;
- Participar dos conselhos de saúde (locais, distritais, municipais, estaduais e nacional), contribuindo para a democratização da saúde enquanto política pública e para o acesso universal aos serviços de saúde;
- Contribuir para a discussão democrática e a viabilização das decisões aprovadas nos espaços de controle social e outros espaços institucionais;
- Estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando o fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos mesmos, na perspectiva crítica.⁴⁵

Os assistentes sociais na sociedade brasileira, na América Latina e no mundo têm alcançado progressivas conquistas tanto técnico como ético-político, abrindo novos espaços de mercado⁴⁶, reforçando a afirmativa de Lukács (1979), quando diz que *“toda atividade humana, tende a ganhar, com o seu exercício contínuo, graus superiores de realização e de complexidade”*.

O Serviço Social no âmbito da saúde vem sendo requisitado para atuar também nos níveis de planejamento, que busca a intersetorialidade na perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social, e na gestão e coordenação de equipes, programas e projetos. Para tanto, sua atuação deve ser embasada pela realização de estudos e pesquisas que revelem

⁴⁵ Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na saúde.

⁴⁶ Temos hoje uma grande demanda municipal, estadual e federal em todo o país para o planejamento, a gestão e formulação de políticas públicas nos marcos jurídico-político da Constituição de 1988, que avançou na concepção de direitos sociais (no que toca à política de Seguridade com seu tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social) e no que diz respeito a direitos em outros campos, a exemplo dos conquistados pelas diversificadas etnias e “minorias”, na medida em que essa mesma Constituição inovou e inaugurou um pluralismo jurídico para a atuação com diferentes formações sociais.

as reais condições de vida e as demandas da classe trabalhadora, além dos estudos sobre o perfil e situação de saúde dos usuários e/ou coletividade.

Tais requisições são consideradas importantes na história do Serviço Social, em que novas respostas profissionais são exigidas, tanto no campo investigativo como no campo da intervenção, impondo a apropriação de novos conceitos e procedimentos para atuação nesse largo e diversificado espectro de relações de gestão na área institucional ou não.

Com o intuito de aprimorar a qualidade dos serviços prestados aos usuários, os profissionais estão sempre qualificando-se, o que envolve a educação permanente. Para tanto, no processo de formação profissional é fundamental que seja norteado pelo trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS, para formação de profissionais pautado na reorientação de novas práticas em saúde, não apenas centrada na patologia.

Outra atividade desenvolvida pelo assistente social é a assessoria. Essas ações, muitas das vezes podem contribuir para a democratização de informações, na politização de indivíduos, ou para favorecer as ações do Estado. Vale salientar que o profissional comprometido com emancipação dos sujeitos e efetivação dos direitos, estará sempre em defesa da primeira afirmativa.

Além dos Parâmetros de atuação dos assistentes sociais na Saúde, a Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999, reitera que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços, por isso caracteriza-o como profissional da saúde, todavia ratifica no art. 2º que não pode ser um profissional exclusivamente da saúde podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local em que atua e da natureza de suas funções.

Destarte, os eixos apresentados como atuação profissional são balizados pelos aparatos legais que orientam o fazer profissional aliados ao projeto do Movimento de Reforma Sanitária na perspectiva de democratizar o acesso aos serviços de saúde.

A participação dos assistentes sociais nos mecanismos de controle social, mesmo diante de alguns desafios vem tecendo contribuições no empoderamento dos atores sociais que ocupam esses espaços. Para melhor compreensão desta temática, o item a seguir apresenta como esses profissionais têm aproveitado esses espaços para fortalecer os direitos sociais.

3.2 A participação dos assistentes sociais nos espaços de controle social: fortalecendo direitos.

Com a descentralização e participação da sociedade na organização das políticas públicas, inicia-se uma nova forma de comunicação entre Estado e Sociedade Civil, há uma ampliação dos meios de participação, um avanço significativo após a sociedade brasileira ter vivido um longo período ditatorial, em que as decisões eram centralizadas sem nenhuma participação da sociedade, essa conquista possibilitou a partilha de poder na formulação, implementação, fiscalização e avaliação das políticas sociais na medida em que diferentes sujeitos explicitam seus problemas e apresentam propostas para responder as demandas sociais, rompendo com ações generalistas e distantes de sua realidade.

As políticas públicas passam a ser desenhadas com base nas necessidades de cada localidade, com um olhar específico, ou seja, levando em consideração os problemas que acometem determinada região. A participação popular se insere como princípio basilar da Reforma Sanitária.

Telles (1992) considera que a Constituição Federal, além de incorporar uma agenda universalista de direitos e de proteção social, enfatiza a participação da sociedade na gestão da coisa pública e acena com possibilidades da construção partilhada e negociada de uma legalidade capaz de conciliar democracia e cidadania. Entende-se assim, que é nesses espaços que as opiniões se formam, divergem e se redefinem. Neste sentido, Dagnino (1994) ressalta a necessidade de construção de espaços públicos nos quais as diferenças possam se expressar e se representar em uma negociação possível.

Essas representações para o processo de democratização da sociedade civil é a realização pelas instâncias deliberativas institucionalizadas pela Constituição Federal de 1988, cognominadas Conselhos e Conferências de Saúde⁴⁷ citadas no capítulo anterior. Essa

⁴⁷ Ressalta-se a importância da constituição de espaços públicos para o processo de democratização da sociedade e, nessa direção, vão ser destacados um dos mecanismos inscritos na Constituição Federal de 1988, que são os conselhos de políticas sociais e direitos, inseridos no princípio da “participação popular”. O objetivo principal do Conselho é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo. São considerados, portanto, espaços tensos, em que os diferentes interesses estão em disputa. São baseados na concepção de participação social em que tem sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania, pautada por uma nova compreensão do caráter e papel do Estado (CARVALHO, 1995). Desde então, a implantação de Conselhos Municipais de Saúde (CMS) para o exercício do controle social tem sido um rico processo de organização da sociedade civil, espaço de disputas entre projetos políticos conflitantes e de aprendizagem no sentido da eficácia democrática (Habermas, 1984)

necessidade surgiu, a partir do momento em que as representações da sociedade não tinham nenhum comprometimento com os interesses do cidadão e não vislumbrava a construção de uma sociedade mais justa e igualitária:

Os conselhos e Conferências de Saúde são espaços privilegiados para a explicitação de necessidades e para a prática do exercício da participação e do controle social sobre a implementação das políticas de saúde nas três instancias públicas municipal, estadual e federal (BRASIL; MS, 2003).

Ademais, o que nos preocupa é que a população ainda não tem uma visão política de sua participação nesses espaços, enquanto sujeitos importantes no processo da construção de uma sociedade menos desigual. Contudo, não é do interesse do Estado que existam sujeitos questionadores, propositivos e capazes de interferir nas decisões para direcionar as ações na saúde pública. A ausência da cultura política impacta nas relações dos representantes, que muitas das vezes ocupam esses espaços aliados a forças partidárias, utilizando-se do espaço para o exercício de controle social, para benefícios de poucos, fragilizando a luta pelo bem da coletividade e efetivação dos direitos sociais.

As instâncias de controle democrático foram introduzidas num contexto de mobilização da sociedade civil, como forma de corrigir as injustiças sociais que cerceavam a liberdade de expressão e universalização dos direitos.

No pensamento Gramsciano, não existe uma distinção entre Estado e sociedade civil e sim uma unidade orgânica: por “Estado” deve-se entender além do aparelho de governo, também o aparelho privado de hegemonia ou sociedade civil (GRAMSCI, 2000, p. 254 - 255).

Ao analisar o pensamento de Gramsci, alguns autores afirmam:

Na perspectiva das classes subalternas, o controle social deve se dar no sentido destas formarem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe, passando do momento “econômico corporativo” ao ético-político, superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma “reforma intelectual e moral” vinculada às transformações econômicas. Esta classe deve ter como estratégia o controle das ações do Estado para que esse incorpore seus interesses, na medida em que tem representado predominantemente os interesses da classe dominante (MOTA, 2008, p.117).

Comungando do conceito de Gramsci de Estado, Correia (2002), considera o campo das políticas sociais como contraditório, ao defender que o Estado controla a sociedade, ao

tempo que apreende algumas de suas demandas. O Estado ora atende aos interesses do capital, ora atende ao da classe capitalista.

Considerando o debate acerca do Controle Social na Saúde como uma prática necessária para fiscalizar as ações do Estado e ordenar as políticas públicas de saúde, é que os assistentes sociais vêm ocupando esses espaços. Neste contexto, algumas demandas são postas para o fortalecimento do controle social na saúde, apontadas como atividade do assistente social, são elas:

- Incorporação da pesquisa acerca das potencialidades dos conselhos e da política de extensão universitária por meio da atividade de assessoria aos diversos sujeitos;
- Capacitação dos representantes dos usuários para a elaboração e fiscalização dos serviços e contas públicas, por meio de assessoria técnica e política cotidiana dos representantes da sociedade civil;
- Acompanhamento dos Conselhos, que sujeitos a golpes ficam à mercê da vontade política do poder público;
- Democratização das informações
- Investimento nas informações sobre financiamento e orçamento da Saúde.
- Assessoria para elaboração de planos municipais de Saúde.⁴⁸

Compreende-se assim, que a atuação do Serviço Social tem respondido as demandas, corroborando na politização e sensibilização dos atores sociais, da importância de sua organização na luta por seus direitos exigindo do Estado maior comprometimento. Para Simionato (2006) o Estado aposta em manter o populismo regressivo, ou seja, a simpatia política difusa desse setor popular pauperizado e desorganizado.

De acordo Behring (2003), o assistente social pode contribuir para qualificar a participação de duas formas. Primeiro, ao assegurar sua participação qualificada e combativa nesses espaços. E a segunda, refere-se a auxiliar a qualificação dos demais segmentos, sobretudo o de usuários, o que exige socialização das informações. Para tanto, faz-se necessário a priorização do trabalho com grupos e o fortalecimento da dimensão coletiva, comprometido com a “publicização dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários” (NETTO, 1999, p. 105).

⁴⁸ Essas informações podem ser acessadas no artigo intitulado: Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional, inscrito por Maria Inês Souza Bravo e Rodriane de Oliveira Souza. Publicado na Revista Ser Social, do Programa de Pós - Graduação em Política Social/ Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social, n.10. Brasília: Ser Social/Unb, 2002.

Dados levantados pelo CRESS/7ª Região em 34 municípios do estado do Rio de Janeiro, em Agosto de 2000 registram a participação dos assistentes sociais nos variados Conselhos. Ao analisar os dados foi possível identificar que o Conselho que concentra um quantitativo maior de assistentes sociais na condição de conselheiro, com 74 assistentes sociais, são os Conselhos Municipais de Assistência Social, em seguida com 33 assistentes sociais, os Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente, e por último os Conselhos de Saúde, que infelizmente contam apenas com 09 assistentes sociais, como conselheiros.

Nessa perspectiva, é possível observar que, os assistentes sociais mesmo de forma tímida têm contribuído no exercício do controle social na Saúde e que, os Conselhos necessitam de uma maior atenção desse profissional, quer seja assessorando⁴⁹ de forma pontual ou no seu cotidiano, que segundo Raichelis (1998), politizando-os e instrumentalizando-os tecnicamente para o debate sobre as questões atinentes à Saúde, apresentações de proposições concernentes ao projeto de Reforma Sanitária e fazer a crítica às propostas e discursos componentes as que traduzem no seu bojo, a perversidade da lógica neoliberal, que por meio da reforma do Estado, ou melhor, dizendo, da contra-reforma do Estado, segmenta, “sucateia” e privatiza os serviços públicos de saúde.

Respalhada nos estudos de Bravo e Souza (2002), as principais ações desenvolvidas pelos assistentes sociais no que diz respeito à assessoria são:

- Organização da documentação dos Conselhos;
- Organização de plenárias;
- Elaboração de cartilhas sobre o controle social e política de saúde;
- Pesquisa de temas e realização de oficinas;
- Elaboração da atas de reuniões do conselho;
- Idealização de boletins informativos do Conselho;
- Elaboração de Planos com propostas de participação popular;
- Pesquisa sobre a realidade;
- Realização de cursos de capacitação de conselheiros, etc.

⁴⁹ É relevante ressaltar que no geral, o conteúdo das assessorias diz respeito aos seguintes temas: histórico da política de saúde no Brasil, modelos assistenciais, modelos de gestão, financiamento, controle social e Legislação do SUS.

Fundamentado nos princípios da defesa da democracia e dos direitos humanos, os assistentes sociais acreditam que a efetivação dos direitos só será possível a partir de um projeto societário comprometido com a democracia social, econômica e política. Daí a sua preocupação em capacitar e estabelecer uma maior interlocução com os conselheiros, com a intencionalidade de produzir uma nova cultura, este é um dos desafios, pois ainda é forte a influência da classe dominante no conjunto da sociedade.

Essa reflexão nos leva a concluir que os desafios e limites que devem ser enfrentados neste campo contraditório estão relacionados ao processo de fomentar a prática de uma cultura baseada no princípio de universalidade frente aos projetos ambiciosos e excludente, é um trabalho complexo, porém, é necessário caminhar firmemente respaldados pelos fundamentos teóricos e metodológicos, ético-político e técnico-operativo.

Ademais, no próximo capítulo será apresentado os dados da pesquisa apontando o percurso metodológico para desvelar a realidade de estudo, anunciando os limites e dificuldades no transcorrer da pesquisa, ao mesmo tempo em que explicitaremos as informações absorvidas pelos sujeitos envolvidos neste processo.

4 EM DEBATE O CONTROLE SOCIAL EM AMÉLIA RODRIGUES: POSSIBILIDADES E ENTRAVES.

Neste capítulo será apresentado o percurso metodológico traçado para alcançar os objetivos almejados neste trabalho monográfico, ou seja, os procedimentos utilizados para a construção da realidade pesquisada, os desafios e os “achados” do processo de pesquisa.

4.1 Metodologia

A metodologia é um dos momentos mais importante da pesquisa, que segundo Minayo (2007) a metodologia é entendida como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias.

Este estudo metodologicamente possui uma dimensão qualitativa, que para Gil (2007) pode envolver várias técnicas, como observação, entrevista, grupo focal, entre outras.

Na mesma linha, a abordagem qualitativa⁵⁰ diferentemente da quantitativa, uma vez recolhidas as informações, vai interpretá-las contextualizando a partir dos referenciais teóricos estudados. Neste sentido, elegemos a técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado para analisar as contribuições do Serviço Social no fortalecimento do controle social no SUS, no município de Amélia Rodrigues-BA, que segundo Minayo “(...) combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.”

Segundo Martins (2006) a entrevista trata-se de uma técnica de pesquisa para coleta de dados, cujo objetivo básico é entender e compreender o significado que os entrevistados atribuem a questões e situações em contextos que não foram estruturados anteriormente, com base nas suposições e conjecturas do pesquisador.

⁵⁰ Por meio deste tipo de abordagem, o pesquisador interpreta os fatos, procurando solução para o problema proposto. Nesse sentido, a abordagem qualitativa apresenta inúmeros usos, tais como: descrever a complexidade de determinada hipótese ou problema; analisar a interação entre variáveis; compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais; apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formulação de opiniões de determinado grupo; permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos; interpretar dados, fatos, teorias e hipóteses etc. (SOARES, 2003)

No momento da pesquisa, o pesquisador deve respeitar a decisão dos indivíduos envolvidos na pesquisa, portanto, diretrizes e normas que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos, esclarece que os indivíduos devem ser respeitado em sua liberdade, e autonomia, sendo, pois tratado com dignidade e respeito (BRASIL, 1996).

A resolução 196/96, define que todas as pesquisas vinculadas à saúde devem proteger os direitos dos sujeitos, e sugere-se uso do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, (APÊNDICE) para que assim haja acompanhamento pela população, em geral e, especialmente, pelos participantes da pesquisa.

O Art. 2ª do Código de Ética de Serviço Social afirma que “*devemos respeitar a liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardando os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos*” (CFESS, 2009).

Os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais inseridos no âmbito da Política de Saúde do Município de Amélia Rodrigues-BA, as entrevistas aconteceram nas unidades de saúde, na qual estão alocados os profissionais. O processamento e sistematização dos dados foram feitos por meio da análise de conteúdo:

[...] análise de conteúdo atua sobre a fala, sobre o sintagma. Ela descreve, analisa e interpreta as mensagens/enunciados de todas as formas de discurso, procurando ver o que está por detrás das palavras. Os discursos podem ser aqueles já dados nas diferentes formas de comunicação e interlocuções bem como aqueles obtidos a partir de perguntas, via entrevistas e depoimentos. (SEVERINO, 2007).

As “*falas*” dos entrevistados foram categorias centrais para o desvelamento da realidade, respondendo assim, os objetivos desejados do pesquisador.

Os dados analisados fundamentam-se na relação crítica e criteriosa entre as informações colhidas no campo, através das entrevistas, e o referencial teórico construído previamente (MINAYO, 2007).

O acesso ao campo ocorreu a partir da apresentação de um ofício, a qual foi fornecida pela professora Orientadora, entregue a instituição participante da pesquisa, a qual autorizou a realização da mesma, com vistas a assegurar a fidedignidade das informações obtidas.

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico para a fundamentação teórica, congregando diversos autores acerca da temática proposta, fazendo uma análise do percurso histórico da saúde no Brasil antes e após a Constituição do SUS, bem como seus avanços e desafios, sobretudo, a gestão participativa iniciada pelos movimentos democráticos da década

de 1980 e as contribuições dos assistentes sociais na saúde, com auxílio de livros, artigos, consulta na internet para buscar informações que possam dar subsídios na investigação. Para Severino (2007) a pesquisa bibliográfica tem como objetivo a descrição e a classificação dos livros e documentos similares, segundo critérios, tais como autor, gênero literário, conteúdo temático, data, etc.

Para aproximar-se melhor da realidade dos serviços de saúde do município estudo, recorreremos também à pesquisa documental, as leis, pareceres, portarias, relatórios, planos, tabelas estatísticas, são fontes que nos possibilita ter acesso a práticas cotidianas dos serviços. *“A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”* (Ludke e André, 1986).

Devido aos limites burocráticos não foi possível ter acesso às atas de reuniões do conselho e nem aos relatórios de conferências, conforme informado somente a auditoria pode ter acesso a esses documentos. Sendo assim, não foi possível a análise desses documentos, porém foi disponibilizado o Plano Municipal de Saúde, no qual foi possível identificar os principais problemas enfrentados pela saúde local, e estruturação dos serviços de saúde do município e a concluir que os serviços existentes são insuficientes para atender plenamente as demandas da população, além de não disponibilizarem serviços de saúde em localidades da zona rural, fazendo com que alguns moradores se desloquem para o centro da cidade ou para os municípios mais próximos em busca de assistência.

4.2 Caracterização do município de Amélia Rodrigues – Ba.

Neste tópico, será realizado um resgate histórico acerca do Município de Amélia Rodrigues, com um olhar específico para a Política de Saúde local.

No início do século XVII, exatamente no dia 12 de setembro de 1609, os irmãos portugueses Luiz Vaz de Paiva e Manoel Nunes de Paiva se tornaram donos de uma sesmaria concedida pelo governador de Portugal, Dom Diogo de Menezes. Na área doada estavam as terras em que se formou o Município de Amélia Rodrigues, que seis anos depois passaram a

ser propriedade exclusiva de Manoel Nunes de Paiva. Pouco tempo depois, ele cedeu suas terras ao Mosteiro de São Bento da Cidade de Salvador, através de testamento datado de 22 de janeiro de 1622.

Coube a esta instituição religiosa dar início ao povoamento do lugar, com a construção de um engenho de moer cana, uma capela e um pequeno convento, formando um núcleo posteriormente conhecido como Inhatá. No ano de 1718, estas terras foram transferidas para o domínio da Freguesia de Nossa Senhora de Oliveira dos Campinhos, criada pelo Alvará Régio de 11 de abril, e instalada em primeiro de novembro do mesmo ano, tendo como primeiro vigário, o Padre Antônio Moreira Teles.

A partir de 1727, o território do atual município de Amélia Rodrigues passou a pertencer a Santo Amaro. Em 1814, foi nomeado para o cargo e capitão Manoel Araújo Bacelar e Castro, agregado de cavalaria de Cachoeira. No ano de 1833, o Conselho do Governo da província criou uma junta de paz na povoação de Inhatá, em sessão realizada em 26 de outubro.

O arraial da Lapa se formou como entreposto comercial, parada obrigatória dos tropeiros que conduziam as boiadas, supria os engenhos de cereais e transportavam o açúcar para o sertão. Pela Lei estadual nº 146, de 1º de dezembro de 1936, o arraial da Lapa alcançou mais um grau na escala do desenvolvimento, sendo elevado à categoria de distrito. O Decreto Estadual nº 12978, de 1º de junho de 1944, mudou sua denominação para Traripe, numa alusão ao rio que corta as terras da antiga Vila da Lapa.

A Emancipação política do Município de Amélia Rodrigues deu-se em 20 de Outubro de 1961, pela Lei estadual nº 1.533⁵¹.

O município encontra-se situado na microrregião Geográfica de Catu, ocupando uma área de 143 quilômetros quadrados, distante da capital baiana apenas 80 quilômetros, localizado entre dois Pólos regionais, na Região Metropolitana de Feira de Santana privilegiada às margens da BR-324, e um clima ameno (temperatura média anual de 24,8°C) e na Região Metropolitana de Salvador, sua população está distribuída entre as zonas urbana e rural possui dois distritos, além de seu distrito sede, Mata de Aliança e São Bento do Inhatá. O solo e o clima são fatores determinantes para o desenvolvimento de vários tipos de lavoura, concentrando uma beleza natural impressionante:

⁵¹ Esses dados constam no Plano Municipal de Saúde do Município de Amélia Rodrigues (2010-2013).

No entanto, há alguns anos o município de Amélia Rodrigues vem apresentando baixo crescimento populacional até chegar ao decréscimo, como pode ser verificado na recente Contagem Populacional de 2007 - IBGE. Segundo o Relatório V - Tomo B (Set/2006), o motivo do município apresentar redução da população decorre da proximidade aos dois pólos, o que levou à cidade a uma estagnação da sua economia e do seu desenvolvimento, como também de sua estrutura urbana, atrofiando-se e limitando-se a expandir-se nos arredores da BR-324, como é o caso do bairro do Areal, localizado às margens da rodovia. O município configura-se numa cidade de passagem dada à especificidade de sua localização e, portanto, qualquer estratégia pensada para a cidade deve levar em conta essa característica (RELATÓRIO DO PDDM, 2006).

A pesquisa realizada para a elaboração do Plano Diretor de Desenvolvimento Municipal⁵² – PDDM traz dados relevantes a respeito da participação da população ameliense na construção do Plano:

Não foi identificado um número considerável de movimentos sociais ou organizações políticas. Segundo o Relatório, o associativismo não parece ser uma prática no município, pois dos respondentes do questionário, 82,5% não tinham vínculo com associações. Dos associados, 48% não souberam informar o tempo de existência da respectiva associação e 28% informaram ter mais de 10 anos. Também 44% não souberam responder a qual tipo de organização pertenciam e 52% não citaram as atividades que são desenvolvidas pelas associações. Para a equipe responsável pelo Relatório, estes dados demonstram, por parte dos moradores do município, uma situação de desconhecimento do papel das associações e da pouca participação política da sociedade (RELATÓRIO DO PDDM, 2006).

É notório que a população ameliense ainda não se sensibilizou quanto a importância de sua participação no planejamento da organização municipal, naturalizando os problemas existentes, por acreditarem que a cidade nunca irá “melhorar”. Com base nas informações acima é oportuno mencionar que quando acontecem as Conferências, reuniões de Conselhos, a democratização das informações acerca desses eventos ainda é ineficiente.

Segundo dados do IBGE (2012), atualmente a cidade possui cerca de 25.080 habitantes, com maior concentração na fase adulto-jovem, de faixa etária entre 20 a 39 anos, limita-se com os municípios de Coração de Maria, Santo Amaro e Conceição do Jacuípe, integrando o XIX Território de Identidade da Bahia, o Portal do Sertão (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010 – 2013).

⁵² Disponível em: <http://web.observatoriodasmetrolopoles.net/planosdiretores>. Acessado em 27/09/2013 às 15:00 horas.

Em 2007, conforme estudos realizados pelo IBGE, 4.731 alunos foram matriculados no ensino fundamental, 911 no ensino médio. No mesmo ano, havia 227 docentes no ensino fundamental e 47 no ensino médio. Existem três agências bancárias operando em Amélia Rodrigues (Banco do Brasil, Caixa Econômica e Bradesco). Encontra-se em funcionamento uma Agência dos Correios e Telégrafo, uma Agência do INSS, uma Rádio local. Como indústria, uma Usina de Cana-de-açúcar (IBGE 2007). Tendo como base econômica o cultivo e a industrialização do açúcar, desde os primórdios de sua história, é a maior fonte empregadora do município. Porém, grande parte dos moradores migram para os dois pólos regionais, Feira de Santana e Região Metropolitana de Salvador, dada à estagnação da economia local.

Sobre a saúde municipal, de acordo o Plano Municipal de Saúde⁵³ (2010 – 2013), a Secretaria Municipal de Saúde⁵⁴ estar reestruturada com base na Lei nº 321/2001 da presente forma:

- Gabinete do Secretário
- Diretoria do HPP
- Diretoria Administrativa
- Diretoria de Planejamento e programação
- Coordenação de Vigilância Epidemiológica – Serviço de Imunização e Rede de Frio. Controle de Endemias – com Laboratório de Dengue e de Esquistossomose (em fase de reestruturação)

⁵³ O Plano Municipal de Saúde é um instrumento essencial que visa contribuir para a concretização do processo de municipalização, preconizado pela Constituição Federal de 1988, as Leis 8080/90 e 8142/90, NOAS – SUS. Reflete diferentes realidades não podendo ser um modelo único para todos os municípios. O acesso a este documento deu-se através da Secretária Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues. (Pesquisa documental). Esse Plano de Saúde explicita as diretrizes políticas de saúde do Município de Amélia Rodrigues, e foi elaborado através de um processo participativo visando assegurar o princípio da unicidade do SUS e a participação popular. O processo de construção do Plano Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues seguiu critérios contidos no Manual prático de Apoio à elaboração de Planos Municipais de Saúde – Bahia/2009. Inicialmente foi definida a equipe municipal de trabalho para elaboração do Plano, onde os componentes realizaram reuniões para análise, conhecimento e adequação do manual à realidade municipal. Esta equipe foi apresentada ao Conselho Municipal de saúde, que elegeu um conselheiro para compor a equipe e acompanhar todo o trabalho. Esses informes foram extraídos do Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013.

⁵⁴ Art.18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

- Coordenação da Atenção Básica- PACS/PSF
- Coordenação de Odontologia
- Coordenação de Vigilância Sanitária
- Coordenação da Assistência Farmacêutica
- Coordenação do CAPS
- Serviço Social (TFD)
- Serviço de Nutrição
- Serviço de Informação em Saúde
- Cartão SUS
- Central de Regulação
- Setor de Transportes.⁵⁵

Essa segmentação setorial tem por finalidade atender as demandas existentes, devendo haver uma ação interdisciplinar para maior efetividade dos serviços.

No que diz respeito à Atenção Básica, o Município conta apenas com 06 Unidades de Saúde da Família e com uma Unidade de Saúde Bucal. O Programa de Saúde da Família é uma estratégia para reorganização da Atenção Básica e tem como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida, levando a saúde para mais perto da população. Cada equipe possui seus profissionais, sendo cada equipe formada por: 01 médico, 01 enfermeira; 02 técnicas de enfermagem, 01 ACD⁵⁶, 01 dentista, 01 auxiliar administrativo, 01 serviços gerais e agentes comunitários de saúde

A implantação do Programa de Saúde da Família iniciou-se por volta de 1993 no Brasil, através da Portaria n.º 692. A referida portaria veio como resposta e normalização ao documento elaborado pelo MS:

⁵⁵ Estrutura Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013.

⁵⁶ Auxiliar de consultório dentário. Com a regulamentação da profissão em 24 de dezembro de 2008, pela Lei 11.889, esta sigla passou a ser ASB (Auxiliar de Saúde Bucal). Essas e outras informações a respeito deste assunto podem se acessada em: <http://www.cpt.com.br/cursos-consultorios-odontologicos/artigos>.

O Programa Saúde da Família – PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da integralidade e participação da comunidade. Atenderá prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde. (VASCONCELOS, 1998)

O PSF descentraliza o atendimento às famílias, evitando a superlotação em hospitais públicos, pois a sua atuação é básica e requer conhecimento territorial, preservação da cultura local e reconhecimento destas, as equipes dos PSFs não devem seguir modelos programados que não interagem com a realidade local e evita ações emergenciais e maior resolubilidade da atenção.

Segundo o Ministério da Saúde a atenção básica se caracteriza como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2010)

Em 28 de março de 2006, através da Portaria número 648/GM, o Ministério da Saúde institucionaliza e regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, com vista a novas operacionalizações na dinâmica dos serviços ofertados “orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social conforme assevera (BRASIL, 2007).

O atendimento prestado as comunidades das áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família de Amélia Rodrigues, abrange o preconizado pelo Ministério da Saúde:

atenção ao crescimento e desenvolvimento das crianças; tratamento e prevenção de patologias mais frequentes (hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase); assistência à saúde da mulher (pré-natal planejamento familiar, prevenção do câncer do colo do útero); assistência à saúde do homem; assistência ao adolescente e ao idoso; realização de visitas domiciliares, imunização; atendimentos primários (curativo e dispensação de medicamentos); assistência à saúde bucal da população (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010 – 2013).

A rede pública de saúde local é subdividida em:

01 Clínica de Referência em Fisioterapia, 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, 01 Unidade de Farmácia Básica e um Hospital de Pequeno Porte, 01 Laboratório de Análise Clínica e Patologia, 01 Clínica de Oftalmologia, 01 Clínica Médica e 02 consultórios odontológicos. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010 – 2013).

Alguns desses serviços são disponibilizados através de rede conveniada pelo SUS, que conforme o Capítulo II da Participação Complementar⁵⁷ regulamentada pela Lei 8.080/90, precisamente no art. 24 diz que:

Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Os serviços prestados pelo CAPS têm por finalidade a desospitalização, e a reinserção social dos usuários com problemas mentais, esses princípios foram instituídos através da Lei Federal Nº. 10.216, de 06 de Abril de 2001, com intuito de fortalecer os vínculos familiares e comunitários e na busca pela autonomia e cidadania dos mesmos. A equipe do CAPS é formada por 01 Coordenadora; 01 Médico Psiquiatra; 01 Psicopedagoga; 01 Assistente Social; 02 Oficineiras; 01 enfermeira e 01 técnica de Enfermagem.

De acordo com a triagem realizada pelos profissionais, o quadro abaixo especifica a modalidade do tratamento dos usuários:

⁵⁷ Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. (LEI 08080/1990)

TIPO DE TRATAMENTO	Nº
INTENSIVOS	25
SEMI-INTENSIVO	50
NÃO-INTENSIVO	90
EM AVALIAÇÃO	245

Fonte: CAPS

A principal função da Vigilância Sanitária é o de educar e orientar a população, para redução de riscos e agravos, quanto aos cuidados do consumo de produtos inadequados, com exposição da saúde a riscos, que muitas vezes acontece pelo desconhecimento dos consumidores no que se refere à qualidade de produtos e serviços:

A Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é um direito social e que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o meio de concretização desse direito. A Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, afirma que a vigilância sanitária – de caráter altamente preventivo – é uma das competências do SUS. Isso significa que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), definido pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, é um instrumento privilegiado de que o SUS dispõe para realizar seu objetivo de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 1988).

A tabela a seguir apresentará os estabelecimentos cadastrados pela Vigilância Sanitária de Amélia Rodrigues:

TIPO DE ESTABELECIMENTO	QUANTIDADE
ABATEDOURO DE FRANGO	01
AÇOUGUES	06
ACADEMIAS	01
SALÃO DE BELEZA	03

CASA DE FARINHA	01
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	02
FEIRA DE VERDURAS	01
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	05
LANCHONETE	07
ÓTICA	03
PANIFICADORA	07
LABORATÓRIO CLÍNICO	01
DISTRIBUIDOR DE ALIMENTOS	01
DROGARIAS	07
SUPERMERCADOS	14
CLÍNICAS DE TATUAGEM	01
CLÍNICA VETERINÁRIA	01
DISTRIBUIDOR DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS	01

Fonte: VISA

Dizer que não utiliza os serviços do SUS, é um verdadeiro equívoco, conforme os estabelecimentos acima citados todo cidadão acessa de alguma forma os serviços ofertados pelo SUS, até mesmo as pessoas que utilizam os serviços privados, pois serviços de alta complexidade, por exemplo, dificilmente os planos de saúde asseguram aos seus beneficiários, além disso, o SUS, apesar dos problemas enfrentados disponibiliza serviços de alta qualidade reconhecidos mundialmente, ora mencionado em discussão no primeiro capítulo deste trabalho.

Conforme descreve o Plano Municipal de Saúde (2010- 2013), atendendo ao nível de média complexidade, o Município conta apenas com 01 Hospital denominado Hospital de Pequeno Porte Dr. Pedro Américo de Brito, referência para urgência e emergência, internação em clínica médica, referência para atendimento nas diversas especialidades, referência para ECG, e para as áreas de PSF. Possui equipe formada por 01 assistente social; 07 médicos plantonistas; 06 especialistas; 05 enfermeiras plantonistas; 19 técnicos de enfermagem; auxiliares administrativos, serviços gerais, supervisores e motoristas.

Com base nas informações da SESAB (2012)⁵⁸ a unidade hospitalar possui 16 leitos de internamento, oito de urgência e um leito de suporte de vida para intercorrências cardiológicas. Além do atendimento de urgência e emergência, o hospital contará com ambulatório de neurologia, cardiologia, urologia, ginecologia, obstetrícia e pediatria. Serão cerca de 150 atendimentos por dia.

É inegável que os serviços de saúde do Município alcançaram avanços consideráveis, aumento da oferta de especialidades, pois anteriormente grande parcela dos usuários se deslocava para municípios próximos, em busca de serviços de saúde, ou restava-lhe custear esses serviços, o que não quer dizer que todos os problemas foram resolvidos, muito pelo contrário, ainda continuam a procura por serviços de saúde em outros municípios, principalmente em casos de cirurgias, partos, seja de forma referenciada ou demanda espontânea, sendo que, alguns municípios criam resistência em ofertar os serviços alegando que Amélia Rodrigues tem Hospital e precisa corresponder com as necessidades de sua população, o que para Valpato (2009):

A rede de serviços do SUS deve ser organizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

O Plano Municipal de Saúde (2010 – 2013) informa dados importantes acerca das enfermidades causadoras de óbitos na população ameliense, esses dados contribuem para o planejamento de estratégias que possa minimizar os riscos e/ou agravos à saúde:

⁵⁸A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, criada pela Lei nº 2.321, de 11 de abril de 1966, e modificada pelas Leis nos 7.435, de 30 de dezembro de 1998, 8.888, de 24 de novembro de 2003, 9.831, de 01 de dezembro de 2005, e 10.955, de 21 de dezembro de 2007, tem por finalidade a formulação da política estadual de saúde, a gestão do Sistema Estadual de Saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com as disposições da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde - SUS. Compete a SESAB: Formular a política de saúde no Estado e implementar atividades de caráter político-estratégico, objetivando a criação de projetos de governo e mobilização de vontades políticas, recursos econômicos e organizativos; Articular-se com órgãos e entidades da administração pública federal, estadual e municipal e com organizações não-governamentais para a elaboração e condução de projetos intersetoriais; Coordenar a elaboração, execução e avaliação do Plano Estadual de Saúde, de acordo com os ditames emanados do Conselho Estadual de Saúde. Monitorar e avaliar, permanentemente, a situação da saúde no Estado; Identificar, analisar e intervir na situação dos fatores envolvidos no processo de saúde/doença; Identificar problemas que ultrapassem a área de abrangência e de influência de cada sistema municipal de saúde e adotar medidas pertinentes. Essas informações foram extraídas do sítio: <http://www.saude.ba.gov.br>

Causa de Óbito	2006	2007	2008	2009
AIDS	-	-	-	8,2
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	24,0	-	8,1	-
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulheres)	8,0	-	-	8,0
Infarto agudo do miocárdio	83,5	59,3	82,7	69,6
Doenças cerebrovasculares	79,6	59,3	57,9	61,4
Diabetes mellitus	35,8	63,3	49,6	40,9
Acidentes de transporte	15,9	11,9	8,3	28,7
Agressões	15,9	11,9	41,3	77,8

Fonte: SIM

O Plano Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues, conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, apresenta as famílias cadastradas e os problemas de saúde, dentre eles:

Doença referida	2006	2007	2008	2009
Alcoolismo	77	142	153	178
Chagas	17	22	27	40
Deficiências	89	193	234	407
Diabetes	85	297	360	591
Epilepsia	17	29	30	43

Hipertensão Arterial	551	1620	1914	2802
Hanseníase	01	01	01	01
Tuberculose	03	04	04	10

Fonte: SIAB

Na impossibilidade do município disponibilizar tratamento para reabilitação dos usuários que necessitam de assistência ambulatorial ou hospitalar, o município deve viabilizar o encaminhamento dos usuários conforme orienta o TFD instituído pela Portaria SAS nº 55/1999:

O TFD visa garantir o deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para municípios ou estados de referência, quando o município de origem não dispuser do tratamento necessário ao restabelecimento da saúde do paciente. A referência de pacientes a serem atendidos pelo TFD deverá ser explicitada na programação anual de cada município e na Programação Pactuada e Integrada (PPI). As despesas relativas ao deslocamento dos pacientes para TFD deverão ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado. (BRASIL, 2011).

O Hospital de Amélia Rodrigues, levando em consideração os problemas de saúde que tem acometido os amelienses, tem sido incapaz de atender as diversas demandas da população apesar do reconhecido avanço da saúde na cidade. O hospital carece ainda de infra estrutura e materiais básicos para atender com maior eficiência os amelienses. Outro quesito importante a ser mencionado, é a ausência de um atendimento mais humanizado, ocorrendo em muitas das vezes a naturalização do sofrimento dos usuários, não levando em consideração os múltiplos fatores causadores das doenças. O processo saúde x doença está relacionado a um conjunto de determinações sociais e políticas.

Neste sentido, Miranda (2009) classifica a humanização como “uma nova cultura de atendimento em saúde enfatizando a relação entre humanização e qualidade da assistência e do trabalho”. De acordo com o Ministério da Saúde (2001), humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psicológicas presentes em todo relacionamento humano.

Além dos problemas de saúde devemos considerar as expressões da questão social, que acabam interferindo no estado de saúde dos usuários, necessitando de um acompanhamento dos profissionais do Serviço Social.

Para tanto, os assistentes sociais enfrentam alguns dilemas no trato das expressões da questão social na área da saúde que advêm de vários elementos que se tensionam, destacam-se assim:

- A dificuldade em contribuir na operacionalização dos preceitos legais referentes à saúde para aqueles que demandam o setor, uma vez que o Serviço Social não tem poder de decisão, tendo que buscar estratégias de convencimento junto aos demais profissionais para fazer valer os direitos da população demandante;
- Dificuldade em viabilizar as ações complementares ao atendimento dos indivíduos, em função da falta de recursos financeiros do setor, da falta de transporte, enfim, da falta de condições de trabalho, que possibilite concretizar as ações necessárias ao atendimento das demandas que se colocam;
- A quase inexistência de estratégias que visem ações mais coletivas e menos individualistas, que possibilitem uma investida mais organizada da população usuária na reivindicação das suas necessidades no tocante à saúde;
- As dificuldades geradas na ação mediadora que os assistentes sociais tentam implementar, enquanto elo entre a população demandante do serviço e a instituição, tornando o assistente social um profissional que passa a ser solicitado, quando outros setores não conseguem dar conta das demandas postas para o serviço de saúde⁵⁹.

Para garantir o direito de acessar os serviços de saúde, o Hospital também conta com o Serviço Social na equipe multiprofissional que presta assistência a comunidade ameliense.

O Serviço Social fica responsável, além da regulação e TFD – Tratamento Fora do Domicílio⁶⁰ pela informação de medicamentos disponibilizados na farmácia básica do

⁵⁹Essas informações encontram-se disponível em: <http://www.uel.br>. Acessado em: 28/09/2013

⁶⁰O Paciente para ter direito ao TFD deve ser atendido exclusivamente na rede referenciada SUS. A inscrição no Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, garante aos pacientes o direito de receber ajuda de custo de acordo com a Portaria Nº 2.488 de 02 de outubro de 2007 e Portaria SAS Nº. 055 de 24 de fevereiro de 1999. Se a permanência do paciente na Unidade Executante, ou seja, no Estado de destino for superior a três dias, deve ser solicitado à Unidade de Tratamento que envie a cada 15 (quinze) dias, declarações de permanência do período de tratamento, discriminando “período ambulatorial” e “período de internamento”, conforme modelo fornecido ao paciente. Este Relatório deve ser enviado pelo fax ou e-mail ao TFD, a fim de que o setor solicite ajuda de custo correspondente ao período.

município e pelas visitas domiciliares aos pacientes acamados e impossibilitados de se apresentar na Secretaria Municipal de Saúde do município.

O trabalho dos assistentes sociais na Saúde, articulado aos princípios ético-político da profissão e da Reforma Sanitária, busca enfrentar as dificuldades, conforme as considerações de Braz (2004) e Netto (2004) não podem perder sua autonomia, tendo como desafios a defesa dos projetos construídos.

A seguir serão evidenciados a trajetória da pesquisa, seus desafios, seu processo de construção com a elucidação dos principais resultados da pesquisa e as possíveis contribuições dos assistentes sociais no fortalecimento do SUS, inseridos nos espaços de controle social.

4.3 Reflexões acerca do Trabalho dos Assistentes Sociais nos espaços de Controle

Social em Amélia Rodrigues: tecendo contribuições.

A Pesquisa foi realizada no Município de Amélia Rodrigues – BA com o objetivo de realizar uma reflexão crítica e analítica acerca do Serviço Social e suas possíveis contribuições para o fortalecimento do Controle Social no SUS no Município supracitado com vistas à garantia e a defesa do direito à saúde. Busca-se então uma análise para além da operacionalização de variáveis, que revele a essência de processos e fenômenos que compõe e determinam a realidade dada.

Portanto, a participação democrática tem sido um mecanismo de controle social que vem contribuindo para formulação de políticas públicas que atuam nas demandas postas pela sociedade minimizando os problemas sociais como previsto na Constituição Federal, descrito em seu artigo 204, inciso II ratifica a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis. (CF, 1988)

A sociedade passou a ter força e voz no que se refere à sua participação no desenho e na operacionalização das políticas públicas na luta pela coletividade, visando o bem comum, mesmo que de forma lenta e gradual.

Assim, fica evidente que a concretização e a materialização dos direitos sociais se dão mediante ao exercício da cidadania⁶¹, estando esta última inscrita na participação ativa dos indivíduos na coisa pública, embasado no vínculo jurídico e político reforçado pela crença com relação aos poderes públicos (Giovanella, 2008).

A dimensão política pedagógica⁶² do Serviço Social ocorre numa perspectiva de emancipação dos indivíduos colaborando para que os usuários tenham acesso às informações e possam reclamar por seus direitos. O assistente social tem o papel de despertar ou procurar meios para fomentar a consciência crítica dos seus usuários;

[...] a intervenção do assistente social, numa perspectiva emancipatória, volta-se para o rompimento de práticas identificadas com a cultura tuteladora/clientelista da relação entre Estado e sociedade, contribuindo para o surgimento de uma nova e superior prática social. (ABREU, 2002)

Os assistentes sociais podem ter uma dupla inserção nos espaços dos conselhos: uma essencialmente política, quando participam enquanto conselheiros, e outra que caracteriza um novo espaço sócioocupacional, quando desenvolvem ações de assessoria aos conselhos ou alguns de seus segmentos (usuários, trabalhadores e poder público) (CFESS, 2009).

Iamamoto (2002) no seu artigo, Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade, afirma:

Pensar o projeto profissional supõe articular essa dupla dimensão: de um lado, as condições macrosocietárias que estabelecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão, seus limites e possibilidades; e, de outro lado, as respostas técnico-profissionais e ético-político dos agentes profissionais nesse contexto, que traduzem como esses limites e possibilidades são analisados, apropriados e projetados pelos assistentes sociais.

Ainda, é preciso sinalizar antes de apresentar os dados da pesquisa, os desafios e as dificuldades encontradas para concretizá-la. Foram várias visitas feitas às instituições de saúde e na própria Secretaria de Saúde, na tentativa de realizar a entrevista e a pesquisa

⁶¹ Para aprofundar o debate acerca da cidadania no Brasil consultar o livro: CARVALHO, José Murilo de. Cidadania no Brasil. O longo Caminho. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002

⁶² Essas tendências refletem processos concretos em curso na sociedade, traduzindo compromissos e horizontes diferenciados da prática profissional no movimento histórico. Uma tendência circunscreve os compromissos profissionais com as lutas das classes subalternas no âmbito da defesa dos direitos civis, sociais e políticos, da democracia e justiça social, portanto, nos limites das conquistas que consubstanciaram a experiência do chamado Estado de Bem-Estar, muitas vezes apresentadas como o fim último da intervenção profissional. A outra tendência estabelece o compromisso profissional com as lutas das classes subalternas no sentido da superação da ordem burguesa e construção de uma nova sociedade (ABREU, 2002).

documental, pois as assistentes sociais encontravam-se muito ocupadas. Na primeira visita, uma das assistentes sociais teria reunião com a Secretária de Saúde, no outro momento estava organizando documentos, relatórios, pois o Hospital estava passando por uma auditoria, e não poderia disponibilizar atendimento naquele dia.

Após várias idas e vindas, finalmente foram realizadas as entrevistas propiciando um “conhecer” de maneira ainda mínima a realidade destes profissionais no ambiente hospitalar e no CAPS. Este conhecimento transcendeu as perguntas estruturadas no questionário, sendo possível observar que um dos entraves encontrados para a realização da pesquisa, foi ter acontecido no ambiente de trabalho dos sujeitos participantes da entrevista, havendo interrupções das conversas inúmeras vezes, principalmente por usuários, que alegavam ter urgência em suas demandas.

As falas obtidas através da aplicação do questionário foram similares, havendo pouca diferença em suas respostas, mesmo com a uniformidade do modelo de entrevista.

Essas categorias foram centrais para descortinar a realidade cotidiana vivenciada pelos assistentes sociais nos serviços de saúde de Amélia Rodrigues, apontando seus principais entraves para o fortalecimento do SUS.

Para preservar o direito de privacidade dos participantes da pesquisa seguindo as orientações da resolução 196/96, ao analisar as falas, será utilizada P1 e P2⁶³ (participante 1 e 2) para referenciá-los. Como o foco da pesquisa são os assistentes sociais alocados na Saúde em Amélia Rodrigues, foram entrevistadas duas assistentes sociais, pois o município só dispõe de dois profissionais do Serviço Social na saúde.

Quando questionadas sobre as condições de trabalho tanto *P1* quanto a *P2* relataram os entraves para a qualidade dos serviços. “Trabalhamos com condições mínimas de trabalho, já que não disponibilizamos de transporte próprio, telefone, internet dependemos de recursos próprios para desenvolver um bom trabalho”. (*P1*, *P2*).

Indubitalmente, a precarização dos serviços é um fator comum nos diversos espaços institucionais que tem impossibilitado a prestação de serviços com qualidade inviabilizando o acesso a assistência necessária.

Outra informação coletada a ser considerada é a forma de vínculo empregatício, os profissionais (*P1* e *P2*) relataram estar vinculado à instituição via contrato, com isso, “o

⁶³ P1 - Bacharelada em Serviço Social pela Faculdade Nobre – FAN, de Feira de Santana 2007.2, Pós - Graduação em Saúde Pública pela mesma instituição supracitada e Pós – Graduação em Trabalho social com famílias e comunidade Instituto Aleixo – (Em andamento).

P2 - Bacharelada em Serviço Social pela FAN – 2 anos, especialista em Saúde Pública com ênfase em saúde da família.

assistente social que é chamado a implementar e viabilizar direitos sociais e os meios de exercê-los, vê-se tolido em suas ações, que dependem de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais escassos para operar as políticas e serviços públicos”(IAMAMOTO, 2002, p. 30), o que implica na refração dos direitos trabalhistas, flexibilizando as relações de trabalho, além disso:

A literatura também registra que a ‘precarização do trabalho’, com múltiplas relações contratuais, tem contribuído para aumentar as dificuldades de representação e atuação sindical deixando os trabalhadores desprotegidos e mais vulneráveis às exigências gerenciais e patronais (MATTOSO, 1995; PIRES, 1998).

Reconhecendo as múltiplas formas de trabalho precário⁶⁴ que o Ministério da Saúde, em conjunto com a Secretária de Gestão em Trabalho e da educação em Saúde elaboraram o “*Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS*”⁶⁵, como medidas para reverter esse quadro, pois:

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) acredita que um dos grandes desafios para a construção de um sistema de saúde solidário e justo é o desenvolvimento de políticas e prioridades para a área de recursos humanos. Os trabalhadores de saúde, por sua vez, devem ser incorporados como sujeitos e criadores de transformação e não como meros agentes cumpridores de tarefas ou objetos de políticas desumanizadas. (BRASIL/MS, 2006)

No entanto, de acordo estudos realizados acerca do Mercado de Trabalho e Serviço Social no Recôncavo Baiano⁶⁶, afirma que:

⁶⁴Segundo entendimento do CONASS e do CONASEMS, trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda segundo o CONASS e o CONASEMS, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores.

⁶⁵ “O CONASEMS apresentou o seu posicionamento sobre o tema” Gestão do Trabalho em Saúde “no Caderno de Teses e Plano de Ação, que passou a ser um dos eixos estratégicos para a atual Diretoria. Em relação à Desprecarização do Trabalho, nossa posição é clara: somos contra qualquer vínculo, seja na forma direta ou indireta, que não assegure ao trabalhador os seus direitos trabalhistas e previdenciários. Além disso, defendemos uma gestão local que democratize as relações de trabalho, possibilitando que o trabalhador de saúde seja sujeito e protagonista na história de construção do SUS. A gestão deve estimular o processo de sindicalização e a organização do trabalhador no seu ambiente de trabalho e, sobretudo, a criação de espaços de negociação para o debate de suas reivindicações. Com a implementação dessas ações, acreditamos estar contribuindo para a implementação de um processo de trabalho calcado nas relações éticas e comprometidas com o atendimento de qualidade à população”. Ministério da Saúde. Desprecarização do Trabalho no SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf

⁶⁶ O grupo de pesquisa sobre o Trabalho Mercado de Trabalho e Serviço Social no Recôncavo Baiano se propõe a refletir nesse artigo as primeiras impressões desenvolvidas sobre a caracterização do Mercado de Trabalho do Serviço Social no Recôncavo, o que consiste num esforço de analisar os rebatimentos da crise capitalista contemporânea no exercício profissional, isto é compreender criticamente como o agravamento da questão social, e conseqüentemente, e as configurações do mundo do trabalho implicam em alterações, demandas e

Dentre os municípios pesquisados, convém frisar que se verifica uma ampliação restringida dos profissionais mediante concursos públicos. Por outro lado, as necessidades de profissionais são supridas por contratos temporários. O que tem implicado no aumento significativo de profissionais com vários vínculos em diferentes municípios, como estratégia de garantia de sobrevivência. Há que destacar a tendência posta de transferência de responsabilidades das ações governamentais para instituições do Terceiro Setor provocando mudanças na oferta dos serviços a população usuária, e conseqüentemente, no trabalho profissional. (SILVA, 2013)

Com a aplicação do questionário observa-se que ambos os entrevistados reconhecem a importância do exercício do Controle Social como essencial para assegurar os interesses da sociedade:

P1: Controle Social é de fundamental importância para a participação dos cidadãos nas tomadas de decisões públicas, intervindo de forma direta nas intervenções administrativas, supervisionando, avaliando e fiscalizando de forma permanente a aplicação dos recursos públicos. Permitindo ao cidadão não só o direito de escolher o gestor de quatro em quatro anos, mas participar ativamente com poder delegado.

P2: O Controle Social no SUS é um dos principais instrumentos que promove a democratização da saúde, que propicia a participação efetiva da sociedade buscando a garantia dos direitos conquistados na constituição, sendo que o seu princípio doutrinário é a participação social.

É muito importante que cada cidadão assuma de forma consciente a tarefa de participar da gestão pública até por que trata-se de direito assegurado pela Constituição Federal. Como aludido no capítulo anterior, ainda é incipiente a participação popular na gestão das políticas sociais fragilizando o Controle Social, principalmente o atendimento das demandas sociais.

Muitas das dificuldades vividas pelos conselhos decorrem da cultura política presente ao longo da história política brasileira, pautada na lógica do favor, do populismo, do clientelismo, que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo o predomínio da burocracia com aspectos administrativos e técnicos. (CFESS, 2011).

requisições profissionais, assim como, identificar as mudanças, desafios e as estratégias operacionalizadas pelos profissionais numa perspectiva da proteção e garantia dos direitos sociais. [...] universo da pesquisa os municípios do Recôncavo, a saber: Cachoeira, São Félix, Cruz das Almas, Governador Mangabeira e Santo Amaro. Disponível em: <http://plazapublica.fch.unicen.edu.ar/docs/nro6/4%20vol.2.pdf>. Acessado em 01/10/2013 às 22:00 horas.

No que diz respeito à elaboração de planos, projetos de intervenção que sensibilize e desperte a consciência política da comunidade faz-se necessário destacar a necessidade de sua participação na gestão das políticas públicas, somente a entrevistada P1, mencionou ter desenvolvido ações para fortalecer a participação dos membros do Conselho de Saúde local, “desenvolvi um plano de capacitação para conselheiros, pois percebo que os membros do conselho participam deste espaço com uma visão partidária, e não estão revestidos de uma postura política, são bastante influenciados partidariamente, não participo frequentemente das reuniões, e nem atuo como membro representativo”. Porém, a outra entrevistada relatou não ter participação no Conselho de Saúde local, elucidando não desenvolver nenhuma estratégia que mobilize e sensibilize os usuários como sujeitos protagonistas nos espaços de Controle Social, ou seja, nos Conselhos de Saúde, para questionar e buscar melhores condições de saúde, tendo em vista que diversos problemas têm dificultado a qualidade dos serviços, como disseram na entrevista.

Diante do exposto Miranda (2009) apud Correia (2006:125) expõe:

Esta foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido dos setores organizados na Sociedade Civil participarem desde as suas formulações - planos, programas e projetos- acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade.

Para reforça essa reflexão Miranda, apud, Pinheiro et. al. (2004, p.20) ratifica que:

Essa concepção de participação coloca a população como protagonista do projeto de construção social do direito à saúde, de tal modo que o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde afirma que, para assegurar esse direito a “toda população brasileira”, ou seja, o direito universal à saúde considera-se imprescindível “estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios”.

Embasado no projeto ético - político legitimado pela categoria, que orienta o fazer profissional na sociedade contemporânea, o assistente social tem compromisso com a autonomia e emancipação dos sujeitos, visando efetivar a universalidade do acesso à saúde, por meio de políticas públicas efetivas.

É importante frisar que os entrevistados não têm uma participação direta no Conselho de Saúde.

Sobre os principais problemas de saúde que o Município enfrenta os participantes criticamente expressaram:

É possível afirmar que a Saúde pública do Município de Amélia Rodrigues, vem crescendo de forma positiva e progressiva, mas ainda existem grande desafios a serem superados. Como em todo o país um dos maiores problemas que afeta a saúde pública deste município é a falta de investimento por parte do Governo Federal, o que apesar de desejável, o aumento é improvável e afeta de forma direta a prestação de serviço idealizada e preconizado pelo SUS. (P1)

A saúde no município vem enfrentando várias dificuldades, dentre elas a falta de estrutura, medicamentos, a falta de profissionais capacitados para lidarem com as diversas demandas existentes no município. (P2)

Esses problemas acabam causando na sociedade descredibilidade nas potencialidades do SUS impedindo maior participação na luta pela efetivação dos princípios institucionalizados pela Constituição Federal de 1988, não exigindo que o Estado cumpra com suas obrigações de garantir o acesso aos serviços de saúde e as demais políticas com qualidade.

Em conversa com a Secretária de Saúde, a mesma relatou que “o município encontra-se com déficit de profissionais de Serviço Social, no momento contamos com apenas 02 assistentes sociais, alocadas no Hospital e no CAPS”.

Essa afirmativa nos levar a analisar que, com o aumento das expressões da questão social, decorrente da relação capital x trabalho, esses profissionais acabam sobrecarregados, o que também vai impactar em sua saúde.

Os usuários acessam os serviços do Serviço Social tanto no Hospital quanto no CAPS, “através de demanda espontânea, análise de prontuários e demandas referenciadas de diversos instrumentos sociais (Ex: CAPS, CREAS, CRAS, HOSPITAIS, PSF, Secretária de Saúde, Escolas, clínicas, Regulação Municipal, ambulatório e transferência do HELR”⁶⁷(P1/P2). A Entrevista P2 acrescenta, “*com as expressões das questões sociais surgem novas necessidades e conseqüentemente novas demandas, tanto ao exercício da prática e novas abordagens, quanto à necessidade de capacitação e especialização para maior compreensão das relações sociais na sua totalidade. ampliação da prática profissional na saúde, perpassa as ações direta com os usuários e permeia inclusive na mobilização dos usuários deste serviço para a participação direta nas tomadas de decisões da gestão em saúde*”. E P1, ressalta que, “as principais demandas são: viabilização de medicamentos de alto custo, exames de alta complexidade, mediação e intervenção familiar, regulação de pacientes para outras unidades hospitalares”. E no caso de encaminhamentos, “são realizados através de

⁶⁷ HELR – Hospital Especializado Lopes Rodrigues, situado no Município de Feira de Santana.

Comunicação Interna, relatórios sociais, ficha de referência e ou contra referência. Depende muito do caso e do destino deste encaminhamento levando sempre em consideração as normas e rotinas de cada setor ou instituição”.(P1)

Ao verificar o nível de participação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues, constatou que:

A participação dos usuários dos SUS no conselho Municipal de saúde de Amélia Rodrigues é efetiva e obrigatória, conforme Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Observo que a população aos poucos está tomando conhecimento quanto à importância das representações nas tomadas de decisões dos rumos da saúde local (P1). P2 acredito que exista.

No que tange aos projetos, programas e políticas desenvolvidas no espaço socioocupacional dos respectivos entrevistados foi possível destacar: saúde do Homem, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde da Criança, Hipertensão e Diabetes, Programa de Tratamento Fora, Domicilio, Combate a Dengue, Programa de Saúde nas Escolas, as políticas são: Política Nacional de Atenção básica a Saúde; Política de informação e informática Política de Assistência Farmacêutica Política de Saúde Mental, os projetos são: Projetos terapêuticos, redução de danos; Programas como Crack é possível vencer; políticas de saúde mental.

O assistente social no seu cotidiano profissional enfrenta alguns desafios/limites na operacionalização do seu trabalho, que P2 afirma com propriedade *“um dos principais desafios encontrados são a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, a falta de articulação entre as redes, e os dilemas a falta de atendimento necessário devido ao estigma que o acompanha. Já que é notório o preconceito com os pacientes em sofrimentos psíquicos, e estes não têm acesso aos serviços de saúde necessários para estabilização do seu quadro, caso necessite”*.

No tocante as reflexões, inúmeros são os desafios postos aos assistentes sociais na atual conjuntura, para democratização dos direitos sociais, tendo como horizonte a emancipação humana.

Analisando todo esse contexto, conclui-se que, os assistentes sociais inseridos no âmbito da Política de Saúde de Amélia Rodrigues, mesmo compreendendo a sua importância nos espaços de controle social para democratização da gestão pública, ainda é lenta as ações pedagógicas que potencializem a qualificação da participação da população no acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde.

Diante do exposto, o CFESS (2011) destaca algumas ações necessárias para o fortalecimento dos conselhos, ressaltando que devem contar com a inserção efetiva dos profissionais de Serviço Social:

- Lutar pela recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social;
- Consolidação de meios eficazes para articular a sociedade civil, envolvendo diversas entidades;
- Articulação entre os diferentes sujeitos que atuam nos Conselhos e Fóruns, visando o fortalecimento dos mesmos, através de Fóruns de Políticas Sociais;
- Retorno constante e permanente dos conselheiros às suas bases;
- Estabelecimento de canais de interlocução dos Conselhos com a Sociedade;
- Constituição de assessoria aos Conselhos escolhida pelos conselheiros;
- Realização de Cursos de Capacitação Política para Conselheiros da Sociedade Civil na perspectiva crítica e propositiva;
- Criação e/ou consolidação de Fóruns de Conselhos;
- Criação de conselhos gestores de unidades em todas as Instituições, com vista a e democratização das mesmas;
- Estabelecimento de código de ética para os conselheiros a fim de por em pauta o debate dos valores e compromissos que movem a atuação dos mesmos, reforçando a importância da defesa de interesses coletivos;
- Articulação dos conselhos com os movimentos sociais.

Destarte, os assistentes sociais mesmo diante dos limites e possibilidades frente à operacionalização dos serviços, principalmente com a precarização dos materiais de trabalho, que inviabiliza uma assistência aos usuários com qualidade, frente ao contexto da contra-reforma que desconstrói os direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988, tem se posicionado na luta intransigente pelos dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo, em favor da justiça social, equidade, universalidade de acesso aos serviços relativos aos programas e políticas sociais e por uma sociedade mais democrática.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Raichelis (2008), analisar a profissão e os desafios do projeto supõe apreendê-la na dinâmica sócio-histórica, que configura o campo em que se desenvolve o exercício profissional e problematizar as respostas profissionais – teóricas técnicas e ético-políticas – que traduzem a sistematização de conhecimentos e saberes acumulado frente às demandas sociais dirigidas ao Serviço Social.

A construção deste trabalho monográfico intitulado Serviço Social na Saúde: Uma reflexão acerca das contribuições dos (as) assistentes sociais no fortalecimento do Controle Social no SUS, no Município de Amélia Rodrigues possibilitou a construção de novos saberes, significados e conceitos, além disso, a oportunidade de descortinar novos conhecimentos de uma realidade a qual estou inserida enquanto munícipe.

As fontes analisadas apresentaram que, historicamente tanto a Política de Saúde quanto o Serviço Social ao longo de sua trajetória passaram por um processo de renovação apropriando-se de teorias e categorias de pensamento que impulsionaram maior legitimidade e amadurecimento, sobretudo, no Serviço Social, que passou adotar uma intervenção pautada em um projeto essencialmente político e crítico distanciando-se de práticas conservadoras e assistencialistas.

Quanto à esfera da saúde, um marco que merece destaque nas mudanças que ocorreram na política de saúde no Brasil foi à adesão da constitucionalização da participação popular como um de seus princípios. Entretanto é a Lei nº 8.142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS, definindo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS. Legitimando assim os interesses da população no exercício do controle social (BRASIL, 2009).

Analisando e entendendo que os mecanismos de controle social, os Conselhos e Conferências de Saúde são espaços privilegiados para explicitação das demandas dos usuários no setor saúde. Como bem revelou a pesquisa, é que a sociedade civil ainda não tem ocupado de forma efetiva esses espaços de participação, essas elocuições sinalizam para o fortalecimento de reflexões que potencializem a participação dos atores sociais nos espaços decisórios para o planejamento das políticas de saúde, de modo que a mesma seja traçada em compatibilidade com as reais necessidades da população para alcançar maior eficiência na resolução dos problemas que afeta a população:

[...] enfatiza-se a institucionalização de espaços de participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde, através da garantia da participação no planejamento do enfrentamento dos problemas prioritizados, execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada (BRASIL, 2006)

Essa realidade não se difere do Município pesquisado, conforme dados apresentados pela pesquisa empírica, a participação dos amelienses nesses espaços democráticos tem sido incipiente e os que participam ainda não reconhecem a relevância da dimensão política, ocupam esses espaços com intenções partidárias.

Assim, ao analisar as contribuições dos assistentes sociais na sensibilização dos indivíduos e na melhoria da atuação dos conselheiros, mesmo que de forma lenta foi possível observar algumas ações para o fortalecimento do controle social.

Um estudo realizado com os assistentes sociais que atuam nos serviços de saúde de Maceió apresentou os avanços obtidos através da atuação do Serviço Social na assessoria técnica ao Conselho Municipal de Saúde - CMS, dentre eles:

A revisão do regimento Interno que legalizou a assessoria técnica como atividade própria do Serviço Social; a ativação das Comissões; a formação de grupo de estudo das resoluções, deliberações, conferências e propostas não executadas; articulação constante com/entre os conselheiros. (PRÉDES, 2007, p.72)

Logo, alguns entraves colocaram-se na operacionalização da política de saúde para tentar desfigurar as mudanças garantidas constitucionalmente em favor da ostentação dos interesses do capital.

Com a pesquisa empírica foi possível confirmar as discussões levantadas por alguns autores citados anteriormente acerca dos principais avanços e desafios para consolidação dos princípios que direciona o SUS frente ao desmonte no contexto neoliberal com a política de redução e restrição dos gastos sociais, o que impõe limites na intervenção dos assistentes sociais na viabilização e garantia dos direitos. Os dados da pesquisa anunciam que com a escassez de recursos, como bem explicitam os entrevistados “*A saúde no município vem enfrentando várias dificuldades, dentre elas a falta de estrutura, medicamentos, a falta de profissionais capacitados para lhe darem com as diversas demandas existentes no município.* Frente a esta realidade, os assistentes sociais lidam no seu cotidiano profissional com a precarização dos serviços, o que dificulta o acesso a serviços com qualidade.

O trabalho do assistente social torna-se essencial, uma vez que ainda no século XXI o Brasil não tenha conseguido efetivar de forma concreta o que se propõe os dois artigos apresentados na Constituição Federal de 1988 e no artigo 196 e no caput do Art. 3º da Lei 8.080/1990, dentre outras propostas no âmbito da saúde.

Enfim, devo afirmar que foi um processo “intenso” e dinâmico, porém enriquecedor. Espera-se assim, que este trabalho contribua para a ampliação do conhecimento dos profissionais de Serviço Social inseridos no âmbito da Política de Saúde, bem como para a formação dos graduandos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO, REDE UNIDA, ABRES CEBES E AMPASA. “O SUS PRA VALER: UNIVERSAL, HUMANIZADO E DE QUALIDADE” **Fórum da Reforma Sanitária Brasileira**. Julho de 2006.

ABREU, Marina Maciel. **A Dimensão Pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira**. In: Revista Serviço social e Sociedade. São PAULO, Cortez, n. 79, ano XXV, especial, 2004.

_____, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional/ Marina Maciel Abreu**. – São Paulo: Cortez, 2002.

_____, M. Maciel. CARDOSO, F. Gomes. “Mobilização social e práticas educativas”. In CFESS. (Org.) **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 594-608

ALMEIDA, Jorge. *Estado, hegemonia, luta de classes e os dez meses do governo Lula*, in Crítica Social, nº 3, dezembro 2003.

AROUCA, A.S. da S. **A história natural das doenças**. Saúde em Debate, 1:15-19, 1976.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira. Tema-Radis**, 11:2-4, 1988.

BAHIA. Secretária da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. **Estágio de Vivências no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos**. 5ª. Ed. Ver. ampl. Secretária da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. Salvador: SESAB/EESP, 2012. 196p

BATTINI, Odária. **Assistência social: constitucionalização e representação práticas / Odária Battini (org.)**. – São Paulo: Veras Editora, 1998. – (Dérie temas 2).

_____, Odária. **Fundamentos Teórico-metodológicos do Serviço Social na contemporaneidade**. Palestra ministrada para os alunos do Mestrado em Serviço Social e Política Social, 2008, mimeo.

BARROS, E. D. **O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de saúde**. In Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS (Textos técnicos para conselheiros de saúde). Brasília, 1994.

BEHRING, Elaine Rossetti. “**A ação dos trabalhadores na consolidação da Assistência Social como direito**”. In *Ser Social*, nº 12. Brasília, Programa de Pós-graduação, 2003.

BENEVIDES, Maria Victória. **A cidadania ativa**. (Tese de livre-docência apresentada à Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo). São Paulo, 1990, mimeo.

BORBA, Julian. **Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro**. R. Katálysis, Florianópolis, [v. 0], n.3, p 19-27, 1998.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2008. (pag. 37 a 98).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR/PR. **Racismo como Determinante Social de Saúde**. Brasília, 2011.

_____. Câmara dos Deputados. 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde – 800 participantes – Carta de Brasília, Saúde em Debate, v. 29, n. 70, p. 221-223, 2006.

_____. **Lei Nº 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Lei Nº 8142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro** /Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. XXX p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Relatório Consolidado para 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 36p.

_____. **LEI Nº 10.216 DE 06 DE ABRIL DE 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2001. Disponível em <http://www.humaniza.org.br> . Acessado em 20/04/2007 às 19:00 horas

_____. Reforma Sanitária, Sergio Arouca. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br>. Acessado em 25/09/2013 às 23:00 horas.

_____. **Vigilância Sanitária**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br> 27/09/2013. Acessado às 16:00 horas.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 2)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecarização SUS: perguntas & respostas**: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acessado em: 30/09/2013 às 19 horas.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF Resolução 196/96.

BRAGA, José C.S; PAULA, Sergio G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. **In Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____, M. I. **Política de Saúde no Brasil**. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, Cortez, 2006.

_____, M. I. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas e Práticas Profissionais**. São Paulo/ Rio de Janeiro, Cortez/UFRJ, 1996.

_____, M. I. OLIVEIRA, Rodriane de. **Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional**. Ser Social – Revista do programa de pós - graduação em política social. Brasília, UnB. n. 10, 2002.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: **Serviço Social & Sociedade**, n. 78. São Paulo: Cortez, 2004.

CARVALHO, A.I de. **Conselhos de Saúde no Brasil – Participação Cidadã e Controle Social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

Cartilha TFD – Saiba o que é Tratamento Fora do Município. Material disponível em <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/cartilha-tfd-sespa.pdf>, acessado em 20/06/2010.

CASTEL, R. **As Metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes, 1998. Cap. 6.

CEBES- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **I Documento de Estratégia do CEBES**. 1ª. Reunião de Planejamento Estratégico no Sítio Pedras Negras em 28 / 04 / 2007.

CFESS, **Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.cfess.org.br>. Acessado em 14/09/2013 às 14:00 horas.

CFESS. **CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL**. Conselho Federal de Assistentes Sociais (Lei nº 8662/93). Março de 1993.

COHN, A. **Transferência de renda e questão social**. IN: VELLOSO, J. P.; ALBURQUEQUE, R. **Cinco décadas de questão social e os grandes desafios do crescimento sustentável**. Rio de Janeiro: José Olympo, p.221-248, 2005.

_____. **Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde**. Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde 2000.

CONTI, Verena, MAGNASBOCO, Raquel Maria Cassimiro. **A Experiência do Assistente Social no contexto da Educação em saúde: O Programa home care da liga de dor da UFTM** – Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/paginas/curso/> > Acesso: em 20 mai. 2010;

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que Controle Social na política de Assistência Social?** Serviço Social e Sociedade, ano XXIII, n. 72. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (orgs), **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez Editora, 2006.

_____. Controle Social na Saúde. **In Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Desafios para o Controle Social; Subsídios para capacitação dos conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 280p.

_____. Desafios para o Controle Social; Subsídios para capacitação dos conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

DAGNINO, E. **Os movimentos sociais e a emergência de uma democracia e socialismo**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Os Movimentos Sociais e a Emergência de uma Nova Noção de Cidadania.** Em Evelina Dagnino (org.), *Os Anos 90: Política e Sociedade no Brasil.* São Paulo: Editora Brasiliense, p.103-115, 1994.

DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu, MINAYO, Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: teoria e criatividade.** 28. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 2007.

DRAIBE, S. *Brasil 1980-2000: proteção e insegurança sociais em tempos difíceis.* Santiago: [s.n], 2002. (mimeo). Disponível em:< www.nepp.unicamp.br/Caderno66.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2009.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, D.R & EDLER, F.C. As origens da Reforma Sanitária e o SUS in LIMA, N.T. et al (Orgs) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

_____. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1988.

FALEIROS, V. de P. **Metodologia e Ideologia do trabalho Social.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1981.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge. **A universalização excludente:** reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas.* Brasília, n. 3. p. 139-162, jun.1990.

FLEURY, S. **A Seguridade Social inconclusa.** Disponível em www.fgv.rj.br. Acessado em: julho de 2006.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

GIOVANELLA, Lígia. **Políticas e sistemas de Saúde no Brasil.**/ organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GIL. Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. – 8 reimpressão. – São Paulo: Atlas, 2007.

GRAMSCI, Antonio. Maquiavel – **Notas sobre o Estado e a Política.** In COUTINHO, Carlos Nelson (ed. E trad.); HENRIQUE, Luiz Sérgio e NOGUEIRA, Marco Aurélio (co-eds.). *Cadernos do Cárcere.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v 3, 2000.

_____. **Cadernos do cárcere. Antonio Gramsci: introdução ao estudo da filosofia.** A filosofia de Benedetto Croce. Ed. e trad. de Carlos N. Coutinho. Coed. de Luiz S. Henriques e Marco A. Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. V. 1.

_____. **Maquiavel, a política e o Estado moderno.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976

_____. **Os intelectuais e a organização da cultura.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileira 1984.

HOBSBAWM, E. J. **A era das revoluções: 1789-1848.** 19. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

IBGE. **Microdados PNAD.** Rio de Janeiro: O Instituto; 1981 1998; 2003 e 2008.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica/** Marilda Vilela Iamamoto, Raul de Carvalho. – 26. Ed. – São Paulo, Cortez; (Lima, Peru): CELATS, 2009.

_____. **Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do Assistente Social na atualidade.** In: CFESS. **Atribuições Privativas do Assistente Social em questão.** Brasília, 2002.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social.** 7ª ed. São Paulo/SP: Cortez, 2004.

_____. **Legitimidade e crise do Serviço Social.** Piracicaba, ESALQ/1982 USP mimeo.

_____. CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **A questão social no capitalismo.** In: *Temporalis.* Ano 2,n.3. Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

INGRÃO, Pietro. **As massas e o poder.** Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980.

JACCOUD, Luciana. **Proteção Social no Brasil: Debates e desafios.** In: *Brasilimos (org).Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva.* Brasília: UNESCO/MDS, 2009(PAG. 57 a 86).

KARL, Marx. **Manuscritos econômico-filosóficos.** Lisboa: Edições70, 1993.

LIMA, M. H. A. **Serviço Social e Sociedade Brasileira.** São Paulo, Cortez, 1984.

LÜDKE, M. ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo (SP): EPU; 1986.

LUKÁCS, George. **Ontologia do Ser Social.** Os princípios Ontológicos Fundamentais de Marx. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Ciências Humanas, 1989.

MACHADO, Loiva Mara de Oliveira. **Controle Social da política de assistência social: caminhos e descaminhos/** Loiva Mara de Oliveira Machado. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. 163p.

MARTINS, G. de A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2006.

MATTOSO, J. E. L. **A Desordem do Trabalho.** São Paulo: Página Aberta / Escrita, 1995.

MARTINELLI, Maria Lucia. **Serviço Social: identidade e alienação.** 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MATOS, Maurílio Castro. **Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate.** In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; MONNERAT, Gisele Lavinias (Org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____. A Saúde no Brasil: **Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal.** In: BRAVO, Maria Inês e PEREIRA, Potyara. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. **O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90.** Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 74, Cortez, 2003.

Monnrat, Senna, Souza, 2009, p.97/98, apud, Brasil/ Ministério da Saúde, 1998.

MENDES, Eugenio Vilaça. (Orgs.). **Direito Sanitário. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema único de Saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MIRANDA, L. C. S. Gramsci, Hegemonia, Contra-Hegemonia e Movimentos Sociais. **In V Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo, Educação e Emancipação Humana.** Santa Catarina, 2011.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M.R. Sistematização, Planejamento e Avaliações das Ações Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E, et al. **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Ed. Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MIRANDA, V. S. N. **A conexão da gestão com a Política Nacional de Humanização da saúde: Uma experiência desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens/Belo Horizonte-MG.** 2009. 399f. Tese de Doutorado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da ESS/UFRJ, Rio de Janeiro/ RJ, 2009.

MONTAÑO, Carlos. **Globalização e reestruturação produtiva: duas determinantes para a estratégia neoliberal de Estado e mercado.** Praia Vermelha (UERJ), Rio de Janeiro, v. 2, p. 101-125, 1999.

MOTA, Ana Elizabete. **A Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo, Cortez, 1995.

_____. **Questão Social e Serviço Social: um debate necessário**. In: Ana Elizabete Mota. (Org.). *O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade*. 2ed. São Paulo: Cortez, 2008, v. p. 21-57.

_____. **A centralidade da Assistência Social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000**. In: Ana Elizabete Mota. (Org.). *O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade*. 2ªed. São Paulo: Cortez, 2008, v. , p. 133-146.

NETTO, J. P. O Movimento de Reconceituação – 40 anos depois. **Rev. Serviço Social e Sociedade**, nº. 84. São Paulo: Cortez, 2005, p. 21-36.

_____. **Democracia e Transição Socialista: Escritos de teoria e Política**. Belo Horizonte: Oficina de Livros. 1990

_____. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea**. In *Capacitação em Serviço Social e política social, módulo I*. Brasília, CEAD, 1999.

_____. A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 70, 2004.

_____. *Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64/ José Paulo Netto – 13. Ed.- São Paulo: Cortez, 2009.*

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática/ Marco Aurélio Nogueira**. – São Paulo: Cortez, 2004.

OLIVEIRA, H. C e SALLES, M. A (Orgs.) **Relatório das Sessões Temáticas**. IX Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Trabalho e projeto ético-político profissional. CFESS. Goiânia, Julho de 1998.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA FLEURY, S. M. (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

PERREIRA, P. “**A política social no contexto da seguridade e do Welfare State: a particularidade da assistência social**”. In: *Serviço Social e Sociedade* nº 56. São Paulo, Cortez, 1998.

PAIM, J.S. **A Universidade e a Reforma Sanitária**. *Divulgação em Saúde Para Debate*, p.108-116, 1991.

_____. **O QUE É SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

_____. **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde** — Suds/Bahia (Sesab/Inamps/Ufba/Sucam/FSESP) Governo Democrático da Bahia. O que é Reforma Sanitária? *Revista Baiana de Saúde Pública*, 14: 232-243. 1987

_____. ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **In Rev. Saúde Pública**. Salvador, 1998.

_____. A Reforma Sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **In Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2008.

_____. e TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único da Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12, 2007. p. 1819-1829.

PINHEIRO, Roseni et. al. **Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências de Saúde**. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 14 (1): 15-39, 2004.

PINHEIRO R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO; 2003

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PRÉDES, Rosa (Org). **Serviço Social, políticas sociais e mercado de trabalho profissional em Alagoas**. Maceió: EDUFAL, 2007.

RAICHELIS, R. **Esfera Pública e os Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. São Paulo, 1998.

_____. **Esfera pública e Conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática** / Raquel Raichelis. – 5. Ed. – São Paulo, Cortez, 2008.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. – Ano VIII. Edição Especial (Nov.2007). Brasília: Ministério da Saúde, 2007

SANTOS, Boaventura de Souza (org). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. - 3ª Ed. – Rio de Janeiro: Civilização.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Revista Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200019&lng=pt&nrm=iso> Acessado em 17 dez 2010 às 19:00 horas.

SEPPPIR. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, 2007.

Serviço Social e Saúde/ Ana Elizabete Mota (orgs). – 3. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS,OMS, Ministério da Saúde, 2008.

Serviço Social, políticas sociais e mercado de trabalho profissional em Alagoas/ Rosa Prédes (Organizadora). – Maceió: EDUFAL, 2007. 228 p.

SERRA, Rose Mary Souza. **Crise de materialidade no serviço social: repercussões no mercado profissional**. São Paulo, Cortez, 2000.

SEVERINO, Antônio Joaquim, 1941 – **Metodologia do trabalho científico**/Antônio Joaquim Severino. -23. Ed.rev.e atual. - São Paulo: Cortez, 2007.

SIMIONATO, Ivete. **Estado, sociedade civil e espaços públicos: uma análise do “Plano Plurianual”**- 2004/2007. Serviço Social e Sociedade. São Paulo, Cortez, n.88,2006.

SILVA, A. O; **Organizações Participativas e a Deliberação da Política Pública de Saúde: Um Estudo Comparativo de Conselhos de Saúde em Porto Alegre (Brasil) e Montevidéu (Uruguai)**. Disponível em: [HTTP://nutep.ea.ufrgs.br/pesquisa/organizacao-participativas-semea](http://nutep.ea.ufrgs.br/pesquisa/organizacao-participativas-semea). Acessado em 28 de abril de 2007.

SILVA e SILVA, M. O. (Coord.). **O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. São Paulo: Cortez, 1995.

SILVA, A. M. **Caracterização do Trabalho, Mercado de Trabalho e Serviço Social no Recôncavo Baiano**. Revista de Trabajo Social, Argentina, p. 56 - 68, 01 abr. 2013.

SOARES. Edvaldo. **Metodologia científica**, epistemologia e normas/Edvaldo Soares, - São Paulo: Atlas, 2003.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle **social e política de saúde**. Caderno de saúde pública. v. 8, nº 4, p. 366-378. Rio de Janeiro-RJ. Dez 1992.

STRECK, Danilo Romeu; ADAMS, Telmo. Lugares da participação e formação da cidadania. Civitas, Porto Alegre, v.6, n.1, p.95-117, jan/jun.2006.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; **A Gestão do SUS no Estado da Bahia**. Caderno de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 1989. V.5, n.4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S0102-311X1989000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 30/07/2012.

TELLES, V. da S. Tese de Doutorado, Departamento de Sociologia, Universidade de São Paulo, 1992.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e Prática Reflexiva. IN: Em Pauta: **Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, nº 10. 1997. (p. 131-181)

_____. **Serviço Social e Práticas democráticas**. In: Bravo e Pereira. Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.p. 113 – 138.

_____. **Reflexões sobre a saúde da família**. In: Mendes, E. V. org. A organização da saúde no nível local. São Paulo, Editora HUCITEC, 1998. p. 155-172.

VAITSMAN, J. **Saúde cultura e necessidades**. In: Saúde Coletiva? Questionando a Onipotência do Social (S. Fleury, org.), pp. 157-174. 1992, Rio de Janeiro.

VAITSMAN & ANDRADE. Satisfação e Responsividade: Formas de Medir a Qualidade e a Humanização da Assistência à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (3): 599-613. 2005.

VOLPATO, L. M. B. Fragmentos do texto: **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: Elementos para o Debate. Presidente Prudente, 2009.

YASBECK, M.^a Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. Cortez Ed. SP, 1993

_____. **Gestão Democrática na saúde**: o potencial dos conselhos. In BRAVO, M. I. S. e PERREIRA, P. A. P. (orgs.) Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

APÊNDICE I: ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Condições de trabalho- tipo de vínculo, unidade de formação acadêmica, tempo de formação, especialização, exerce cargo de gestão
2. O que você entende por Controle Social no SUS?
3. Quais os principais problemas que a saúde pública deste Município vem enfrentando em seu cotidiano? Como os usuários e suas famílias chegam até aos serviços de saúde? Quais os principais tipos de demandas? Como são encaminhadas? Existe alguma representação de usuários no conselho? Quais são os principais projetos, programas e políticas?
4. Quais os principais desafios e dilemas que os assistentes sociais tem enfrentado no âmbito da Política de Saúde para garantir o direito ao acesso aos serviços de saúde e o exercício do Controle Social?

Obrigada!

APÊNDICE II: OFÍCIO**À Secretaria Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues -BA.**

Cachoeira, 19 de Setembro de 2013.

A discente Eliane Maria Araujo Souza Lima regularmente matriculada no 8ª semestre do Curso de Serviço Social encontra-se na fase de trabalho de campo de sua monografia que busca aprofundar conhecimentos acerca da Atuação do Serviço Social no âmbito da Política de Saúde.

Com a finalidade de dar seguimento a sua pesquisa, a respectiva discente pretende estudar a seguinte temática: **Serviço Social na Saúde: Uma reflexão acerca das contribuições dos (as) assistentes sociais para o fortalecimento do Controle Social no SUS, no Município de Amélia Rodrigues, Ba.**

Com isso, esperamos contar com vossa colaboração na realização de entrevistas e com a conclusão do trabalho de campo.

Cordialmente,

Valéria dos Santos Noronha Miranda**Coordenadora do Núcleo Maria Quitéria/ Profª Adjunta do Curso de Serviço Social
CAHL/UFRB**

APÊNDICE III: TERMO DE CONSENTIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: UMA REFLEXÃO ACERCA DAS CONTRIBUIÇÕES DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS PARA O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS, NO MUNICÍPIO DE AMÉLIA RODRIGUES – BA.

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB – Curso de Serviço Social.

Eu _____, declaro que estou ciente da minha participação na Pesquisa com o título acima citado que tem como objetivo principal fazer uma análise crítica acerca da Atuação do Serviço Social no âmbito da Política de Saúde no Município de Amélia Rodrigues-BA.

A minha participação será registrada através da aplicação de um questionário, fotos e gravação. Fica acordado que a minha identidade será inteiramente preservada e que as informações por mim fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica. Os resultados do estudo serão divulgados em congresso, publicações científicas e/ou publicações de modo geral.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Tenho total liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de estudo, excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da minha participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também posso recusar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. A minha participação é formalizada por meio da assinatura deste termo.

_____, _____/_____/2013.

Participante-Assinatura: _____

Nome completo: _____

Pesquisador-Assinatura: _____

Nome completo: _____