



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS E ARTES – CCHLA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PPGSS

GILVANEIDE NUNES DA SILVA

INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE: estratégia de atuação do Serviço
Social

JOÃO PESSOA/PB
Outubro de 2016

GILVANEIDE NUNES DA SILVA

INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE: estratégia de atuação do Serviço
Social

Dissertação de Mestrado apresenta ao Programa de Pós-Graduação em Serviço social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Professora Dr^a Maria Aparecida Ramos de Meneses

JOÃO PESSOA/PB

Outubro de 2016

S586i

Silva, Gilvaneide Nunes da. Intersetorialidade na saúde: estratégia de atuação do serviço social / Gilvaneide Nunes da Silva.- João Pessoa, 2016.
233f. : il.

Orientadora: Maria Aparecida Ramos de Meneses

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL

1. Serviço social. 2. Política de saúde. 3. Intersetorialidade.
4. Assistência à saúde - integralidade. 5. Prática profissional.
UFPB/BC CDU: 36(043)

GILVANEIDE NUNES DA SILVA

INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE: estratégia de atuação do Serviço
Social

Dissertação apresenta ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), para obtenção do Título de Mestre.

Data da defesa: ____/____/____.

Resultado:_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Maria Aparecida Ramos de Meneses (Orientadora) – PPGSS/UFPB

Prof^ª Dr^ª Maria de Lourdes Soares (Examinadora) – PPGSS/UFPB

Prof. Dr. Galdino Toscano de Brito Filho (Examinador) – PPGE/UFPB

Aos meus pais Antônio e Luzia – razão do meu viver - pelo carinho, confiança, apoio perene e pela compreensão de minha constante ausência nos momentos de confraternização familiar... apostaram em mim e não titubearam nem por um só momento;

À Cida Ramos, meu anjo da guarda, minha amiga, minha irmã, meu presente de Deus... peça fundamental nessa trajetória! Sem ela não haveria o mesmo encanto.

A vocês dedico!

AGRADECIMENTOS

“[...] É preciso sonhar, mas com a condição de cremos em nossos sonhos de transformar o impossível em realidade”.
(Lênin)

Elaborar essa dissertação foi um trabalho árduo, detalhista, contraditório, às vezes fácil, às vezes impossível. Chegar aos agradecimentos considero um momento de fogo, é olhar para trás e perceber o caminho percorrido. E, mesmo sabendo da missão impossível que é listar todos que contribuíram para a realização deste, acredito que esse desafio vale à pena.

Destaco meu agradecimento a **Deus**, companheiro de todas as horas, por continuar alinhavando oportunidades, pessoas e práticas a minha vida.

Agradeço a minha orientadora e mais que uma amiga **Dra. Maria Aparecida Ramos de Meneses**, abrigo seguro, fonte de inspiração, que pela parceria, leitura paciente – haja paciência –, orientação estimulante e, sobretudo, por ter depositado confiança quando ninguém mais acreditava, ainda que contra as ventanias e tempestades que atravessaram meu caminho, eternizou em mim o sentimento de gratidão. Não tenho palavras para agradecer tamanha força que encontrei em você!

Agradeço a **Professora Dr^a Patrícia Barreto** por todos os seus ensinamentos acadêmicos desde a minha graduação, por ter me aceitado como sua orientanda mesmo sabendo de todas as minhas limitações. Minha história na saúde começa com você e a partir de você, obrigada pelo presente!

Ao **Professor Dr. Galdino Toscano de Brito Filho**, a quem aprendi a admirar pela ousadia acadêmica e política, sobretudo, por sua doçura e exemplo de lealdade e bondade – coração maior, não existe! Obrigada por ter aceitado o convite em examinar o trabalho ora apresentado.

À **Professora Dr^a Maria de Lourdes Soares**, pelas oportunidades que me proporcionou ao longo de minha formação, pela objetividade com a qual conduziu, especialmente, pelos momentos de descontração durante seus ensinamentos e pela honra que me proporcionou ao compor a banca de defesa.

A **minha mãe Luzia** e **vovó Mocinha**, as mulheres mais extraordinárias que já conheci! Jamais poderei retribuir tudo o que vocês me deram: o vosso amor incondicional, o seu exemplo de mulher que renuncia a si mesma pela felicidade dos filhos.

Ao **meu Pai**, Antônio Manoel, que me deu forças em todos os momentos. Sua presença constante sempre ocupou meu coração, me guiando no caminho certo, encorajando-me a querer ser mais e lutar pela nossa família.

Aos meus **treze irmãos**, em especial a **Gelcilândio**, que é a razão de meu viver! É por eles que renasço das cinzas e busco forças para enfrentar as adversidades da vida e conseguir o que julgava impossível. Nada do que sou ou tenho, tem sentido sem vocês!

À minha família pelos aplausos silenciosos. O resultado está aí e é nosso!

À **Gertrudes Jerônimo** (In memoriam) onde tudo começou, a ti ofereço meus eternos e singelos agradecimentos, sinto muito pela sua ausência, tenho certeza que com você por perto tudo seria diferente, menos doloroso com certeza. Agora, posso dizer conseguimos!

A **Matheus Toscano**, meu anjo de pele branca, sorriso maroto e cabelos negros que me apoiou e esteve ao meu lado vencendo cada etapa. Obrigada pelos momentos de alegria, que por varias vezes, me fizeram esquecer do mundo lá fora ou aqui dentro, seus inúmeros sorrisos, palhaçadas e brincadeiras que me ajudaram a ultrapassar dificuldades durante a realização deste trabalho. Você é o anjo de luz que Deus enviou para minha vida, tornando-a mais bela. Eu lhe amo!

Aos meus colegas de mestrado, pelo ambiente de companheirismo construído ao longo desses anos e pelas trocas de conflitos, fundamentais para eliminá-los.

Aos meus amigos de curso, **Ju Barreto, Eli, Severina e Wécio**, no seu “tempo de delicadeza”, por tudo que aprendemos juntos. Ah! Como seria doloroso o caminho sem vocês! Obrigada pelas orações e atitudes de amor! Levo vocês como cicatriz das quais não posso me desfazer jamais, eu amo vocês!

Aos meus cunhados, **João Eduardo e Vanessinha** que sempre me inspiraram, obrigada pelo apoio perene, o carinho e união que nos fortalece a cada dia mais e mais. Vocês tem morada certa em meu coração!

A todos que fazem parte da Coordenação da Pós-Graduação de Serviço Social da UFPB, meu muito obrigada por tudo.

Agradeço a todos os profissionais do Hospital da Polícia Militar da Paraíba por acreditarem e lutarem por uma política mais justa e igualitária que, por vezes a sociedade condena e o Estado finge existir. São mais que guerreiros!

Ao CNPQ pelo suporte financeiro para concretização desse estudo e aos professores e servidores da Pós-Graduação em Serviço Social.

Em especial agradeço ao meu irmão Gil, que acompanhou a construção desse trabalho, que por muitos dias participou comigo das angústias e dos desafios desse estudo, porém sempre me apoiou. Deus me presenteou mais uma vez com tanto carinho e zelo apesar das discussões, o levarei sempre comigo!

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já têm a forma de nossos corpos e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia. E se não ousarmos fazê-la teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

RESUMO

Este estudo teve o propósito de apresentar os resultados da pesquisa acerca da intersetorialidade no campo da política social da saúde, tendo como referência os assistentes sociais inseridos nos serviços de saúde, especificamente, do pronto atendimento de um hospital de média complexidade da Paraíba, enquanto partícipe de uma equipe interdisciplinar, na orientação a garantia ao direito à saúde na perspectiva da intersetorialidade e integralidade da assistência. O procedimento metodológico utilizado, além da pesquisa bibliográfica, também foi realizada uma pesquisa de natureza exploratória com assistentes sociais, tendo em vista que a temática ainda é pouco explorada, sobretudo por e no que tange a intersetorialidade. No decurso da pesquisa bibliográfica, verificou-se que a intersetorialidade tem sido pautada por autores de diversas áreas do conhecimento que, por sua vez, tratam a temática a partir de várias perspectivas, especificamente, como complementaridade de setores ao tratarem do atendimento das necessidades da população, como prática e como um princípio de trabalho com redes. Há também, outros autores que tratam do processo de construção da intersetorialidade. Apreende-se também que no campo da política social, especialmente, da saúde em suas agendas trazem a necessidade de materializar a intersetorialidade. Procurou, neste sentido, entender como os profissionais do serviço social do Pronto Atendimento do HPMGER identificam e atuam com a intersetorialidade em busca da integralidade, assim como identificar e analisar a existência de ações intersetoriais desenvolvidas pelos assistentes sociais para viabilizar o acesso dos usuários a assistência à saúde de maneira integral, bem como a intersetorialidade, posta no campo da formulação das políticas, recai sobre os serviços de saúde, no qual os assistentes sociais atuam. Os resultados da pesquisa empírica demonstram os elementos convergentes e divergentes acerca da compreensão e a relação do Serviço Social com a intersetorialidade construído a partir das percepções e das relações transversais dos profissionais executores dos direitos à assistência à saúde dos usuários, além disso, apresenta que a concretização da intersetorialidade ainda se constitui em um desafio robusto. Os sujeitos da pesquisa assinalam que ainda não houve a consolidação de canais que viabilizem a intersetorialidade em virtude não possuir uma gestão das políticas públicas com planejamento nas três esferas e para além disso, se quer um planejamento intersetorial. Inferem ainda, que a construção da intersetorialidade esbarra-se, na maioria das vezes, na burocratização dos serviços, nas relações marcadas por disputas nos campos profissionais, sobretudo, pela cultura clientelista e patrimonialista que perpassa a política de saúde. Ao mesmo tempo, os resultados apontam que no exercício profissional dos assistentes sociais, embora elas não reconhecem que realizam ações intersetoriais, há a presença de ações intersetoriais uma vez que as profissionais mobilizam diversos serviços e setores para que os usuários sejam atendidos. Assim, admite-se que a discussão vai para além disso, pois queríamos descortinar qual ou quais os limites e desafios que interpõe a prática do assistente social, buscando desvelar como os profissionais do serviço social do PA do HPMGER identificam a intersetorialidade e de forma está sendo articulada a efetivação dos encaminhamentos no âmbito da saúde, e suscitar o debate na tessitura dos arranjos intersetoriais postos a partir das relações sociais, profissionais, institucionais que perpassam as políticas sociais, em especial a da saúde, objetivando contribuir para a garantia dos direitos sociais aos usuários do SUS. Logo, pode-se então concluir a partir da realidade investigada que a intersetorialidade se reveste de um imenso desafio, pois para que os usuários acessem os serviços de saúde de maneira integral far-se-á necessário uma mudança na visão não só dos executores das políticas sociais, especialmente a da saúde, mas, sobretudo dos formuladores das políticas públicas nas três esferas de gestão.

Palavras-chave: Política de Saúde. Intersetorialidade. Integralidade da Assistência à saúde e Prática profissional.

ABSTRACT

This study had the purpose to present the research results about political field of intersectorial of the social health, having as reference the social workers inserted in the health service, specially, the emergency care from a average complexity hospital in Paraíba while participant of a interdisciplinary team to ensure the health rights in the perspective of intersectionality and assistance integrity. The methodological procedure used, apart from the bibliographic research, was made a exploratory nature research with social workers, taking in consideration the little exploration of the thematic, above all what terms the intersectorial, agenda has been made by authors from diverted areas of knowledge which, on the other hand, treat the thematic in different ways, particularly in complementary sectors about the population need. As practice and network work. There are other authors also that treat the building of the intersectorial process. Learns that in the political social field, specially the health it's agenda bring the necessity to intersectionality. We sought in this matter understand how the professionals of social workers from the emergency care from HPMGER identify and act with the intersectoriality to bring the integrity, as well how to identify and analyze the existence of intersectorials actions developed by the social workers to enable the health users to its full power. In the political area formation falls on to the health service where the social workers act. The empirical research results show the convergent and diverts elements about the comprehension and the social worker relation with the intersectoriality, building from perceptions of transverse relations from professionals executors of users rights, 'part from that, shows that the intersectorial concretion, yet still a robust challenge. The research subjects analyze that still didn't have the channel consolidation that enable the intersectoriality because do not have a public policy management planning with the three levels and beyond, whether intersectoral planning. Infer further that the construction of intersectoral bumps up, mostly in bureaucratization of services, relationships marked by disputes in professional fields, especially by clientelistic and patrimonial culture that permeates health policy. At the same time, the results show that in the exercise of professional social workers, although they do not recognize that perform intersectoral actions, there is the presence of intersectoral actions since the professional services mobilize various sectors so that users are met. Thus, it is assumed that the discussion will furthermore because we wanted to uncover which of the limits and challenges that interposes practicing social worker, seeking to uncover how social service professionals from PA and HPMGER it is identified and articulated as being referrals within the health and raise the debate in the fabric of intersectoral arrangements posts from social relations, professional, institutional policies that underlie social, especially health, aiming to contribute to the guarantee of social rights to SUS users. Therefore, we can then conclude from the investigated fact that intersectionality is of an immense challenge, because for users to access integral health services it will need a change in vision not only of the executors of social policies, especially health, but especially the formulators of public policy in all levels of management.

Keywords: Health policy. Intersectoral. Integrity of health assistance and professional practice.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (**ABEPSS**)

Benefício de Prestação Continuada (**BPC**)

Caixas de Aposentadoria e Pensões (**CAPs**)

Central Única dos Trabalhadores (**CUT**)

Centro de Terapia Intensiva (**CTI**)

Centros de Especialidades Odontológicas (**CEO**)

Comissão Parlamentar de Inquérito (**CPI**)

Conselho Federal de Serviço Social (**CFESS**)

Consolidação das Leis do Trabalho (**CLT**)

Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (**CPMF**)

Estados Unidos da América (**EUA**)

Fundo das Nações Unidas para a Infância (**UNICEF**)

Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (**FGTS**)

Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho (**HPMGER**)

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (**INAMPS**)

Instituto Nacional de Previdência Social (**INPS**)

Institutos de Aposentadorias e Pensões (**IAPs**)

Lei Orgânica da Previdência Social (**LOPS**)

Lei Orgânica de Assistência Social (**LOAS**)

Ministério da Saúde (**MS**)

Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (**MDS**)

Norma Operacional da Assistência a Saúde (**NOAS**)

Normas Operacionais Básicas (**NOBs**)

Organização das Nações Unidas (**ONU**)

Organização Mundial da Saúde (**OMS**)

Organizações Não Governamentais (**ONG's**)

Partido dos Trabalhadores (**PT**)

Programa Bolsa Família (**PBF**)

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (**PACS**)

Programa de Saúde da Família (**PSF**)

Programa Orçamento Integrado **(POI)**

Pronto Atendimento **(PA)**

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência **(SAMU)**

Sistema Único de Assistência Social **(SUAS)**

Sistema Único de Saúde **(SUS)**

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde **(SUDS)**

Unidades de Apoio de Diagnósticos **(UAD)**

Unidade de Terapia Intensiva **(UTI)**

Universidade Federal da Paraíba **(UFPB)**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Reflexão sobre intersectorialidade segundo Andrade, 2004.....	94
Figura 2	Ilustra os acúmulos setoriais e sua transformação.....	94
Figura 3	Esferas.....	98

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1	Distribuição por Faixa Etária.....	166
Gráfico 2	Distribuição por estado civil dos profissionais do HPMGER.....	169
Gráfico 3	Distribuição por ano de formação da graduação.....	169
Gráfico 4	Distribuição por existência de Pós-Graduação.....	173
Gráfico 5	Distribuição pelo vínculo de trabalho no HPMGER.....	176
Gráfico 6	Distribuição por vínculo secundário de trabalho dos profissionais do HPMGER	177
Gráfico 7	Distribuição por área do vínculo de trabalho secundário.....	178
Gráfico 8	Distribuição pela carga horária dispensada ao vínculo secundário de trabalho	179
Gráfico 9	Distribuição pela remuneração mensal dos profissionais do HPMGER.....	180

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I - A POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL.....	26
1.1 Trajetória das Políticas de Saúde no Brasil.....	26
1.2 A Saúde em Pauta: das práticas curativas à reforma sanitária.....	40
1.3 A questão Saúde: do Processo de Redemocratização à Implantação do SUS.....	46
1.4 O SUS e a questão da sustentabilidade das políticas de Saúde na era Petista (Lula e Dilma).....	60
CAPÍTULO II INTERSETORIALIDADE NA AGENDA POLÍTICA DA SAÚDE.....	88
2.1 Intersectorialidade: Aproximações conceituais.....	88
2.2 Intersectorialidade como princípios de trabalho em redes.....	103
2.3 A intersectorialidade na agenda política da saúde.....	113
2.4 Limites e desafios do trabalho em rede: uma perspectiva da integralidade.....	121
CAPÍTULO III - INTERSETORIALIDADE E SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Experiência dos profissionais do Hospital General Edson Ramalho.....	128
3.1 O Serviço Social na Saúde: a intersectorialidade como desafio de gestão profissional.....	129
3.2 O Atuação do Assistente Social no âmbito hospitalar: Intersectorialidade e integralidade como desafio profissional.....	148
3.3 O Serviço Social no Hospital Edson Ramalho: Sujeitos da pesquisa.....	156
3.4 Conhecendo os sujeitos da pesquisa.....	165
CONCLUSÕES.....	220
REFERÊNCIAS.....	230
APÊNDICES.....	241
ANEXOS.....	242

INTRODUÇÃO

O que faz andar a estrada? É o sonho. Enquanto a gente sonhar a estrada permanecerá viva. É para isso que servem os caminhos, para nos fazerem parentes do futuro.

Fala de Tuahir (COUTO, 1993, p. 6)

Discorrer sobre Políticas Sociais no Brasil, em especial a da Saúde, é falar por um lado, sobretudo, de cenários, cidades, gestão e desenvolvimento e, por outro, é falar de subjetividade, desejo, projetos societários, singulares de categorias e modos de construção de estratégias de vida e sobrevivência, tendo em vista, se a saúde for considerada como resultado da interação de fatores ambientais, econômicos, sociais, culturais, psicológicos, políticos, biológicos e comportamentais, é inconcebível pensar a saúde, ou buscar a saúde, apenas com o olhar do setor saúde.

Partindo dessa concepção se faz fundamental a busca da intersetorialidade, questão que vem sendo discutida por autores de diversas áreas do conhecimento (Administração, Sociologia, Medicina, Filosofia, Serviço Social, Veterinária, dentre outras), em termos da relevância e da busca de parcerias dentro das diversas instituições, dentro e fora do setor saúde, para que realmente se consiga avançar nessa luta em busca da materialização da intersetorialidade.

A presente dissertação constitui uma investigação sobre a intersetorialidade, adotando como ponto inicial e, as supostas articulações existentes no exercício profissional dos Assistentes Sociais do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho - HPMGER, com vista à garantia de direitos à saúde dos usuários de maneira integral.

Para além das questões conjunturais que moveram a delimitação deste tema, esta pesquisa surge a partir do interesse em aprofundar a experiência e vivência da pesquisa realizada em 2010 - intitulada “***As (im)possibilidades da integralidade da assistência: análise da prática do serviço social em uma unidade de pronto atendimento***” -, junto ao Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho – HPMGER, situado em João Pessoa-PB, que em 2013 procurou-se aprofundar a temática, porém o foco dado desta vez foi extrair das falas a identificação de como os profissionais do serviço social identificam e atuam com a intersetorialidade em busca da integralidade, especialmente no pronto atendimento do referido hospital. Na qual se busca discutir no âmbito dos serviços de saúde como espaço de

atuação dos assistentes sociais e de construção da intersetorialidade, haja vista, que só é possível ocorrer à integralidade se houver o desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas à garantia da integralidade do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), logo esse exercício, me possibilitou a vivência de como as ações voltadas para as demandas sociais são compartimentalizadas, embora por vezes os discursos e normas institucionais reafirmem a concretização de atendimentos integralizados. Contudo, foi possível desvendar os limites postos a ação dos profissionais do Pronto Atendimento (PA) para a não concretude da intersetorialidade, bem como o que vem contribuindo e intervindo para que possam proporcionar melhores condições na promoção, manutenção e recuperação da saúde dos usuários e orientações indispensáveis a estes no que dizem respeito à garantia de direitos e integralidade dos serviços.

Para tanto, reitera-se o fomento que o Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social vem dando a temática desde 2011, com a operacionalização do projeto integrado “SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICA DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: repercussões, desafios e perspectivas para o Assistente Social na atenção básica”, ao fazer uma articulação das questões que estão arroladas ao atendimento à saúde coletiva e individual às demais políticas de corte social, sendo, portanto, a partir desse olhar que me presentearam com o tema.

Deste modo, o presente estudo buscou levantar aspectos referentes às informações de como é orientada e/ou organizada a prática profissional, se de fato essa prática acontece em conformidade com o princípio da integralidade postulado no SUS e se utilizam de práticas intersetoriais. Questionando suas bases teóricas e apontando alternativas de superação que tenham como princípios, a integralidade dos saberes, de práticas, de indivíduos e de mundos, e, sobretudo, apostem na capacidade das pessoas e que os vejam como sujeitos que constroem a história, por isso, merecedores que seus direitos sejam garantidos integralmente e não de forma paliativa como vem sendo concedido na realidade do pronto atendimento do HPMGER.

[...] o movimento nacional ocorrido no período, com seus embates iniciais gerados por uma nova concepção de política de saúde, foram influenciados por outro movimento: o da promoção da saúde. [...] a promoção da saúde teve seu conceito fortemente discutido na Conferência de Ottawa em 1986 onde se concluiu que a mesma consiste em proporcionar aos povos os meios para melhorar a saúde e exercer maior controle sobre ela (ASSUMPÇÃO, 2007, p.49).

Nesse sentido, Andrade (2006, p.50 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007) ressalta que:

[...] a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, dos sistemas de saúde e de outros parceiros intersetoriais. Em suma, a saúde não é assegurada apenas pelo setor saúde (ANDRADE, 2006, p.50 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007, p.50).

Sendo, portanto, necessário que todos os atores responsáveis pela prevenção e promoção da saúde se responsabilizem de forma mútua para priorizar a promoção da saúde e suas interfaces como a intersetorialidade. Sendo preciso que os “vários setores ajam sobre os problemas de forma articulada culminando em ações eficazes, fruto da democratização de informações e descentralização do poder e das ações” (BIDLOWSKI, 2004 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007, p.50).

Nota-se que o debate acerca das atribuições e competências do Serviço Social no campo da saúde está cada vez mais latente, onde se tem presenciado, recentemente, que o conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal de Serviço Social/Conselho Regional de Serviço Social) lançou um documento. - Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde -, que vem nortear a prática dos assistentes sociais no âmbito da saúde. Porém, para construir esse documento o CFESS lançou em todo País uma verdadeira maratona de debates e grupos de estudos, visando à construção desse documento:

[...] foram totalizados 52 debates pelo país, que envolveram aproximadamente 5000 participantes. [...] foi também objeto de debate no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, na mesa intitulada “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde em debate”, em junho de 2009, e que contou com a participação de 700 assistentes sociais.

Nesse sentido, o autor complementa:

Para a elaboração da versão preliminar desse documento foram consultadas diferentes publicações e documentações do CFESS e dos diversos Conselhos Regionais que abordam as atribuições e competências profissionais bem como documentos publicados por diversas secretarias municipais e estaduais de saúde e pelo Ministério da Saúde, que se sustentam a partir da Resolução nº 218, de 6/3/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, além da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

Atualmente tem se dado relevância significativa ao debate acerca da intersetorialidade¹, principalmente, por revelar-se como discussão recente acerca da política de saúde no Brasil, no entanto, far-se-á necessário sublinhar, após a análise da literatura, que esta temática não é transversal apenas aos profissionais de saúde, tampouco ao Serviço Social. Assim, conforme coloca Raichelis (2000), a intersetorialidade permite uma abordagem de forma ampla da problemática social em seu caráter complexo e multidimensional. Neste sentido, foram identificados três contextos diferenciados de construção da intersetorialidade na literatura abordada, a saber “[...] da formulação de políticas públicas, da gestão das políticas públicas e na execução de tais políticas, ou seja, no âmbito dos serviços” (SCHÜTZ e MIOTO, 2008)”. Assim, como já foi colocado anteriormente, considera-se que objetivos deste trabalho, que para o Serviço Social, é no contexto dos serviços (espaços diferentes que exigem formulações diferentes, considerando os aspectos técnicos, políticos e teóricos impregnados neles) que há maior necessidade de aprofundar o debate acerca da intersetorialidade e da integralidade² já que ambos são interligados, ou seja, sem um o outro ao se realiza, assim, podemos apreender e compreender as palavras de Pinheiro (2001, p.83) que em seu estudo realizado acerca dos “elementos que compõem o princípio da Integralidade; intersetorialidade e seus sentidos”. Onde a dificuldade, de alguns profissionais, de ouvir as demandas dos usuários e de reconhecê-los como sujeitos com desejos, temores e crenças, não são observados, o que pode até mesmo provocar danos à vida do usuário ao se referir à necessidade da confluência de saberes para se ter realmente umas práticas interssetoriais enquanto estratégia de gestão em busca de um atendimento integral dos usuários.

Neste sentido, torna-se relevante o estudo desta temática, não só em termos acadêmicos, no qual esse trabalho irá se somar a outros já produzidos no curso de pós-graduação em Serviço Social da UFPB, como também, contribuirá para uma reflexão acerca da temática, bem como para o fortalecimento de projetos direcionados ao desenvolvimento de

¹ Neste estudo, abordaremos a intersetorialidade como uma “concepção que deve informar nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços” (JUNQUEIRA, 2000, p.42).

² O princípio da Integralidade será aplicado a partir da indignação com certas características das práticas então existentes, indignação que permanece atualmente (MATTOS, 2001, p.54). Assumpção (2007, p.51) coloca também que Mattos (2001) julga-se ser esse sentido da Integralidade correspondente a uma crítica da desagregação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais. Contudo, para responder as suas próprias críticas, afirma que a noção de Integralidade exigiria certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. Para o autor, as equipes das unidades deveriam passar a pensar suas práticas, sobretudo desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais a partir do ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do ministério (MATTOS, 2001, p.55 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007, p.51). Ele coloca, ainda, que

uma prática profissional pautada na intersetorialidade como estratégia de gestão em busca do atendimento integral que para Assumpção (2007) e outros autores³ que discutem a intersetorialidade e a integralidade no âmbito da saúde, defendem-na a partir de “correntes teóricas variadas e, [...] a presença não somente de pluralidade, mas principalmente de ecletismo nos pensamentos formulados”, em busca, de concretizar na prática o que já vem sendo assegurado por lei.

O estudo em tela tem como objetivo de conhecer e analisar a compreensão e a relação do Serviço Social com a intersetorialidade construído a partir das relações transversais que perpassam os profissionais, em especial, os assistentes sociais inseridos nos serviços de saúde. Desse modo, tem-se desdobramento para outros objetivos mais específicos, quais sejam: delinear como os profissionais do serviço social do Pronto Atendimento do HPMGER identificam e atuam com a intersetorialidade em busca da integralidade, bem como identificar e analisar a existência de ações intersetoriais desenvolvidas pelos assistentes sociais para viabilizar o acesso dos usuários a assistência à saúde de maneira integral; Identificar de que forma está sendo articulada a efetivação dos encaminhamentos no âmbito da saúde; quais os limites e desafios que interpõe a prática do assistente social no PA do HPMGER na tessitura dos arranjos intersetoriais e; Suscitar o debate acerca da intersetorialidade no âmbito da política de saúde, objetivando contribuir para a garantia dos direitos sociais aos usuários do SUS. A hipótese norteadora desta pesquisa foi: Apesar dos profissionais do serviço social trabalharem cotidianamente com a intersetorialidade, nem sempre a reconhecem enquanto uma estratégia que contribui para a efetivação da integralidade da assistência à saúde; A demanda institucional em um serviço de emergência/urgência dificulta a orientação da prática profissional do assistente social na construção da intersetorialidade numa perceptiva de gestão pautada na integralidade da assistência à saúde.

Assim no percurso desta investigação será recorrente a busca pela construção de um conceito mais abrangente sobre a intersetorialidade, que de fato revele as potencialidades que as políticas sociais guardam entre si. Nesta perspectiva, ensejando alcançar os objetivos propostos neste estudo, adotamos procedimentos metodológicos condizentes com a realidade estudada, assim como foram utilizadas estratégias metodológicas que garantissem o rigor científico do trabalho.

No que concerne a metodologia partiu-se do pressuposto que a mesma ocupa lugar central no interior da pesquisa social, sendo parte intrínseca da visão social de mundo,

³Assumpção (2007); Campos (2006); Cecílio (2001); Mattos (2001); Moreira (2006); Pinheiro (2001); Silva Jr. (2003), Carvalho (2006); Inojosa (2001); Junqueira (2000); Schutz (2009); Miotto (2011) dentre outros.

materializada na teoria. Assim sendo, o método “não é a forma exterior, é a própria alma do conteúdo porque ele faz a relação entre pensamento e existência e vice versa” (LÊNINB, 1955, p.148). Portanto, neste estudo, teoria e metodologia se entrelaçam delineando o caminho (método) julgando mais adequado para responder as questões que instigaram o presente estudo.

Mediante os objetivos empreendidos neste trabalho, do ponto de vista da abordagem, optamos por realizar uma junção dos dois tipos de pesquisa, qual seja: a pesquisa teórica pautada no método dialético e a pesquisa exploratória. Portanto, tratar-se-á de um estudo analítico-crítico. A opção se deu em virtude da temática ainda ser pouco explorada, sobretudo, no âmbito do serviço social em trazer à tona a temática da intersectorialidade, o que se tornou em uma dificuldade por não possuir um conceito homônimo acerca da intersectorialidade no âmbito do serviço social, no entanto, tal fato não veio a prejudicar o desenvolvimento do trabalho uma vez que a finalidade precípua em contribuir na construção de conhecimento que se some aos referenciais já existentes sobre o tema pautado.

Neste sentido, a investigação teórica, baseada numa perspectiva de totalidade na qual considera as questões de ordem ídeo-política, socioeconômica e técnico-operativa que configuram, especificamente, a trajetória do serviço social no âmbito da saúde. Lima e Miotto (2007) discorrem:

O método dialético implica sempre em uma revisão e em uma reflexão crítica e totalizante porque submete à análise toda interpretação pré-existente sobre o objeto de estudo. Traz como necessidade a revisão crítica dos conceitos já existentes a fim de que sejam incorporadas ou superadas criticamente pelo pesquisador. Trata-se de chegar à essência das relações, dos processos e das estruturas, envolvendo nas análises também as representações ideológicas, ou teóricas construídas sobre o objeto em questão (LIMA e MIOTO, 2007, p.04).

Os procedimentos metodológicos que apoiaram, a parte que diz respeito a pesquisa teórica, deste trabalho consistiram nas pesquisas bibliográfica e documental, através das quais foi possível construir o estado da arte sobre o tema, bem como estabelecer uma reflexão transversal articulando algumas categorias de análises que possibilitam equivalência entre os achados da pesquisa e as questões norteadoras. Neste sentido, Lima e Miotto (2007) sublinham,

Ao tratar da pesquisa bibliográfica, é importante destacar que ela é sempre realizada para fundamentar teoricamente o objeto de estudo, contribuindo com elementos que subsidiam a análise futura dos dados obtidos. Portanto, difere da revisão bibliográfica uma vez que vai além da simples observação de dados contidos nas fontes pesquisadas, pois imprime sobre eles a teoria, a compreensão crítica do significado neles existentes (LIMA e MIOTO, 2007, p.03).

Nesse estudo, para análise dos dados empíricos, utilizamos a dimensão quanti-qualitativa, visando o aprofundamento do estudo, não sendo dispensada a abordagem quantitativa dos dados, já que foi necessário mensurar quantitativamente alguns dados no que diz respeito ao perfil dos pesquisados e as questões objetivas realizadas. Desta feita, nos apoiamos metodologicamente no materialismo dialético, componente do quadro de referência do Serviço Social contemporâneo, enquanto método de análise do estudo em questão.

Assim do ponto de vista marxista, a dialética se constitui num processo infinito de relação de novos aspectos e correlações; processo incessante de busca de aprofundamento do conhecimento humano; movimento de encontro da coexistência da causalidade com mais complexas de interdependência, da reprodução e de passagem da quantidade para a qualidade [...] o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porem, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia [...] (MINAYO, 2007, p.340).

Sendo assim, nesta direção, que a abordagem qualitativa tem grande contribuição nas ciências sociais, uma vez que este estudo de pesquisa lança como propósito sinalizar elementos que possam subsidiar uma análise crítica e reflexiva acerca da compreensão e a relação do Serviço Social com a intersectorialidade construída a partir das relações transversais que perpassam os profissionais, em especial, os assistentes sociais inseridos nos serviços de saúde e como estes profissionais se organizam/planejam para atender as demandas postas pelos usuários dos serviços de saúde de maneira integral. Decerto, são levantadas questões, que iram suscitar novos estudos pautamos em uma visão mais crítica, que apreendam com profundidade os conflitos e contradições que perpassam a discussão da intersectorialidade enquanto estratégia de gestão no âmbito do serviço social em busca da integralidade da assistência à saúde. Desta forma, neste estudo, os dados qualitativos e quantitativos se

complementam na análise dos resultados, buscando assim apreender ao máximo possível a totalidades dos fatos.

Conforme Minayo (2004) a pesquisa é a atividade da ciência de indagação e construção da realidade. Na área das Ciências Sociais essa atividade é marcada pelo dinamismo, onde o conhecimento é um processo mutável e inacessível em relação à totalidade do objeto, já que a realidade social é complexa e vivem em constante transformação. Nesta direção, utilizamos a abordagem quantitativa, especificamente no que diz respeito ao número da amostra e ao perfil (socioeconômico) dos profissionais de Serviço Social e dos usuários e a análise dos dados será realizada qualitativamente.

Com relação à investigação empírica, foi utilizada na coleta de dados, a entrevista semiestruturada (com roteiros previamente estruturados e questões objetivas e subjetivas) com os profissionais de serviço social, que fazem a mediação para que os direitos dos usuários, que buscam o serviço social, sejam garantidos, bem como traçam estratégias para que a intersectorialidade e a integralidade da assistência à saúde seja efetivada de maneira eficaz. Com a escolha do instrumento de coleta de dados, procurou-se à identificação dos sujeitos, buscando apreender, especialmente, as opiniões dos entrevistados. Buscamos respeitar, ao máximo, à vontade e as falas dos sujeitos, reconhecendo o saber das pessoas que responderam as entrevistas.

No que concerne aos sujeitos da pesquisa, estes foram selecionados a partir de objetivos traçados no projeto de pesquisa, o qual privilegia assistentes sociais com atuação na área da saúde, portanto, foram selecionadas assistentes sociais inseridas no Pronto Atendimento que fica localizado na porta de entrada do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho, em João Pessoa/PB – local da pesquisa empírica.

Quanto ao número de profissionais do serviço social que compõem o quadro funcional da instituição abordada, ao todo são 22, porém utilizou-se como critério de ponte de corte o da disponibilidade dos profissionais, em participar da pesquisa, que estavam desenvolvendo atividades em forma de plantões e são considerados fixos no PA.

Na análise dos dados, além da classificação e interpretação dos dados, foram estabelecidas as relações entre esses dados, quais sejam: tendências, regularidades, causalidade, possibilidades e generalização e, quando necessário, o tratamento estatístico das informações (PÁDUA, 2006). Os dados foram tabulados e representados em gráficos que sistematizaram os elementos quantitativos e os depoimentos de forma a demonstrar os

percentuais e as tendências de opiniões presentes. Esses dados foram lidos, interpretados e analisados a luz de referenciais teóricos de modo a resgatar seus significados.

Os dados empíricos foram complementados pela pesquisa bibliográfica, num diálogo constante entre teoria e os fatores que perpassam a prática profissional. Isto ocorreu através de uma reflexão permanente, deste modo, o trabalho de pesquisa foi uma construção permanente, não estática, mas dinâmica, em que dados do real, discussões teóricas, metodológicas e observações buscaram se integrar com uma reflexão teórica intensa.

A análise caracterizou-se pela decomposição dos dados obtidos da pesquisa e a interpretação que é a síntese sobre esses dados, estendendo-as em relação a um todo. A interpretação abrangeu a classificação, a codificação, a tabulação das respostas, a análise estatística dos dados e a análise de conteúdo proposta por Bardin (1997), que tem como suporte instrumental qualquer tipo de mensagem, formas de expressão dos sujeitos sociais, e, como produto, um conhecimento não linear, já que sua derivação se dá pela observação social do objeto de estudo, que são oriundos de classes sociais distintas.

O estudo seguiu critérios éticos, necessários às pesquisas que envolvem seres humanos, segundo a resolução 196/96, que diz respeito à autonomia dos participantes envolvidos na pesquisa e a garantia do anonimato dos entrevistados, assegurando a privacidade e o sigilo sobre as confidências dos entrevistados, de modo a evitar constrangimentos e outros riscos que venham prejudicar os sujeitos, desta forma os nomes apresentados no decorrer do trabalho serão fictícios, preservando os informantes, essas medidas serão adotadas para evitar prováveis riscos de constrangimento que o resultado da pesquisa poderá acarretar.

É necessário sublinhar, que a delimitação da população estudada obedeceu alguns critérios, a saber: ser profissional do serviço social; trabalhar no HPMGER, especificamente, no pronto atendimento; utilizou-se também, o critério da disponibilidade dos profissionais em participar da pesquisa. Cumpridos a esses critérios, chegou-se a um grupo de dez (10) Assistente Sociais, desenvolvendo atividades no PA, o que corresponderia a 100% do total de profissionais que atuam no pronto atendimento e a 45,46% ao total de profissionais do serviço social que atuam HPMGER, correspondendo, portanto, a 22 (vinte e dois) profissionais.

Apesar do grupo de profissionais selecionado para participação na pesquisa ser quantitativamente modesto, não foi possível à investigação abranger a totalidade deste grupo, incluindo assim 07 (sete) dos 10 (dez) constantes no recorte estabelecido previamente.

Aparentemente essa restrição, ocorrida com os três profissionais que se encontram desenvolvendo suas atividades laborais no pronto atendimento do hospital já mencionado, deu-se em decorrência, em partes, da desconfiança em relação aos objetivos da pesquisa, embora estes tivessem sido exaustivamente expostos e pactuados com os participantes, mas, sobretudo, acredita-se pela falta de tempo e disponibilidade em participar da pesquisa. Esta última foi uma das maiores dificuldades encontradas no andamento do estudo, uma vez que eles (profissionais) saíam de um plantão e iam “correndo” para o outro, essa rotina se estendia de domingo a domingo, logo não tiveram como encontrar tempo na agenda para que concedessem a entrevista. Diante disto, a amostra foi parcialmente reconfigurada, sendo composta, portanto, por 07 assistentes sociais que atuam no pronto atendimento do HPMGER.

Dadas a aceitação dessas trabalhadoras da saúde em participarem da pesquisa, a aplicação das entrevistas previamente semiestruturada foram agendadas pessoalmente e realizadas no próprio hospital, especificamente, na sala de atendimento do serviço social da maternidade por considerar que as ondas sonoras naquela localidade eram bem menores do que em outro lugar no hospital. A aplicação dos instrumentos foi efetuada individualmente, sempre iniciada pela leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e, posteriormente, assinado, em seguida deram-se início as entrevistas, as quais foram gravadas eletronicamente, e tendo duração média de 50 minutos.

Deste modo, visando uma melhor compreensão do trabalho de dissertação o estruturamos em três capítulos ou em três partes.

No **primeiro capítulo**, realizamos um percurso sobre os principais aspectos que marcaram o desenvolvimento da política de saúde no Brasil, desde a década de 1920 até os anos atuais, perpassando sobre as mudanças econômicas, políticas e sociais postas a cada década, observando assim, as várias expressões que delinearam o sistema de saúde brasileiro, sobretudo, após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual redefine os modelos assistenciais de saúde, os desafios postos a esse sistema após a instalação do modelo neoliberal imposto na década de 1990; desenvolveremos uma breve trajetória do atual contexto político da política de saúde e os aspectos referentes ao Serviço Social no campo da saúde, em seguida expomos uma breve trajetória da constituição do serviço social enquanto profissão, enfatizando a prática do Assistente Social na saúde, especificamente, no âmbito hospitalar, assinalando se a mesma está alinhada ou não as práticas intersetoriais numa perspectiva da integralidade da assistência à saúde dos usuários.

No **segundo capítulo** enfatizamos algumas aproximações conceituais acerca da “intersectorialidade”, assim como, seus desdobramentos no âmbito da política de saúde, que informam a análise deste estudo. Com intuito de refletir a realidade de que a intersectorialidade ainda se constitui em um desafio para consecução das políticas públicas, far-se-á uma explanação sobre as linhas de aprofundamento teórico dos autores acerca da intersectorialidade, porém demos destaque na abordagem acerca da intersectorialidade como trabalho em redes por entender e compreender uma maior aproximação com o trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde especialmente os assistentes sociais que necessariamente tem que conhecer não só a rede dos serviços no âmbito da saúde, mas, sobretudo, a rede que compõe todas as políticas sociais, haja vista que os profissionais do serviço social atuam com as expressões da questão social que requer um conhecimento generalista e abrangente e, posteriormente, destacar-se-á como a intersectorialidade vai se desenhando enquanto estratégia de gestão, na qual são implementadas e formuladas as políticas públicas, em especial a política de saúde, ou seja, como ela se constrói numa alternativa para responder as demandas sociais postas pela população numa perspectiva de integralidade. Ao final, tentar-se-á explicitar os limites e desafios postos para os atores que compõem a política de saúde, assim como, tentaremos expor como a intersectorialidade se apresenta numa realidade em movimento na construção da integralidade das políticas públicas e, conseqüentemente, nos espaços institucionais.

No **terceiro capítulo**, trazemos concretamente, com base nos dados empíricos, os elementos convergentes e divergentes acerca da compreensão e a relação do Serviço Social com a intersectorialidade construído a partir das percepções e das relações transversais dos profissionais executores dos direitos à assistência à saúde dos usuários, em especial, os assistentes sociais inseridos nos serviços de saúde, particularmente, do HPMGER. Contudo, a discussão vai além disso, pois queríamos descortinar qual ou quais os limites e desafios que interpõe a prática a prática do assistente social, buscando desvelar como os profissionais do serviço social do PA do HPMGER identificam a intersectorialidade e de forma está sendo articulada a efetivação dos encaminhamentos no âmbito da saúde, e suscitar o debate na tessitura dos arranjos intersectoriais postos a partir das relações sociais, profissionais, institucionais que perpassam as políticas sociais, em especial a da saúde, objetivando contribuir para a garantia dos direitos sociais aos usuários do SUS.

Por fim, teceremos algumas **conclusões** por entendermos que os resultados aqui apresentados constituem uma sistematização da realidade que se apresenta de forma dinâmica

e contraditória, apreendida mediante uma percepção empírica e um aprofundamento teórico adquirido ao longo desse estudo, assim, tivemos a intenção de romper com as abstrações por simplificações no tocante a intersectorialidade, com vistas a uma maior aproximação com a realidade concreta investigada, bem como ir além do simbólico através de confrontações das expressões da questão social postas. Desse modo, espera-se que esse estudo possa contribuir tanto no âmbito da academia, na área de concentração de Políticas Sociais do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPB, como também para o avanço na efetivação da assistência à saúde no estado da Paraíba, de modo que proporcione um amadurecimento das relações intersectoriais entre as políticas sociais de interesse público presentes no território, em especial a da saúde. Uma vez que a intersectorialidade utilizada enquanto estratégia de gestão se coloca como uma alternativa viável e necessária para o desenvolvimento das demandas sociais especialmente nos territórios com maior incidência de vulnerabilidades.

CAPÍTULO I – A POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL

Neste primeiro capítulo realizaremos um percurso sobre os principais aspectos que marcaram o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil. Da década de 1920 até os anos atuais, fazendo mediação com as mudanças econômicas, políticas e sociais postas a cada década, observando assim, as várias expressões que delinearam o sistema de saúde brasileiro, sobretudo após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual redefine os modelos assistenciais de saúde, os desafios postos a esse sistema após a instalação do modelo neoliberal imposto na década de 1990; ao final, desenvolveremos uma breve trajetória do atual contexto político da política de saúde.

1.1 Trajetória das Políticas de Saúde no Brasil

Palavra puxa palavra, uma ideia traz outra, e assim
se faz um livro, um governo ou uma Revolução...
Machado de Assis

As políticas sociais, em especial, a de saúde no Brasil não estão indissociáveis das determinações políticas, sociais e econômicas, que compactaram o avanço do capitalismo no país e a relação com o capitalismo internacional. Nesta perspectiva, este capítulo trará um resgate histórico das políticas e práticas de saúde no Brasil, até a promulgação da Constituição Federal de 1988.

O debate acerca das políticas sociais no Brasil, em especial, a política de saúde é configurado de modo estrutural e histórico, permeado pelas transformações e contradições de uma sociedade, marcada pelas profundas desigualdades sociais.

A questão social que perpassa as relações de trabalho no modo capitalista de produção ganha um olhar político do Estado voltado para o enfrentamento e para a promoção de políticas sociais diante da pressão dos trabalhadores e ainda para garantir aos próprios interesses econômicos de consumo.

A discussão sobre as políticas sociais no Brasil está articulada a uma imbricada rede de questões que traz à tona a relação Estado/sociedade e Estado/mercado, em um contexto em que predominam, de um lado, políticas econômicas voltadas para a estabilização da moeda e o ajuste estrutural da economia e, de outro, a complexa relação entre direitos sociais e democracia.

O Brasil, em meados do século XVI, um país recentemente colonizado, não dispunha de nenhum modelo sistemático de atenção à saúde para a população, nem mesmo o interesse por parte de Portugal em criá-lo. Assim, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra como plantas e ervas que eram feitos através dos conhecimentos empíricos da cultura indígena que, desenvolviam suas habilidades na “arte do curar”. Com a vinda da família real para o Brasil em 1808, foi necessária a criação de uma organização sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. No entanto, somente os nobres e os grandes proprietários tinham recursos para obter cuidados médicos. A enorme carência de profissionais médicos e a inexistência de uma assistência médica estruturada fizeram com que proliferassem boticários⁴ no país, que por iniciativa própria, medicavam, sendo estes despreparados para a realização de tal procedimento.

Para Singer *et al.* (1978) a população que vivia no campo estava “menos sujeita ao contágio de doenças e mais resistentes às epidemias”. Nesta direção, Bravo (2013), pontua que:

As condições de saúde no campo eram melhores do que na cidade, que enfrentava problemas elementares para a vida humana: limpeza das ruas, suprimento de água, saneamento, habitação, etc. as consequências desta deteriorização das condições de vida foi o aparecimento de epidemias e enfermidades contagiosas. A mortalidade, principalmente a infantil, era aterradora (BRAVO, 2013, p. 34).

Ressalta-se que os problemas de saúde não afetaram apenas os trabalhadores, mas também as classes dominantes, pois estas não ficavam imunes às epidemias que grassavam à época. Além disso, as más condições de vida e de saúde reduziam a produtividade do trabalho que por sua vez, afeta a produção de capital. Ao analisar o contexto de saúde da época, Singer

⁴ Segundo Polignano (2008), os boticários eram farmacêuticos e a estes cabia a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos.

et al. (1978), afirmar que para acontecer a reprodução do capital era “necessário oferecer serviços de saúde eficazes”, tornava-se, portanto, imperioso “criar, nas condições urbano-industriais, um novo estilo de vida que combinasse pobreza e higiene” (SINGER *et al.*, 1978).

Doravante, Rosen (1979 *apud* BRAVO, 2013), discorrem que no final do século XVII e início do sec. XVIII alguns elementos básicos acerca do conceito de medicina social foram agrupados.

[...] como a necessidade de estudar a relação entre a saúde de uma população específica e as condições de vida determinadas por sua posição social, os fatores insalubres que exercem a influencia sobre a saúde (ROSEN, 1979 *apud* BRAVO, 2013, p.34).

Nesta direção, a partir da década de 1920, surgem as primeiras instituições previdenciárias sob a doutrina do seguro social. Foram criadas formas de Sociedades de Ajuda Mútua, que eram uma espécie de seguro mútuo de grupos voluntários de trabalhadores, baseado na contribuição e poupança de seus associados, oferecendo eles auxílio-funeral, auxílio-doença, etc. Outros se organizaram através de fundos de benefícios, as chamadas Caixas Beneficentes voltadas para atender somente aos seus trabalhadores.

Naquele cenário foi aprovada a Lei Eloy Chaves, em 1923, que lançou bases legais e contratuais para as formulações que deram origem ao modelo de previdência social brasileira, estabelecendo a criação de um fundo específico para cada companhia ferroviária do país, atendendo ao trabalhador e sua família em casos de doença, incapacidade física, velhice ou morte.

As políticas sociais ganham uma nova configuração a partir dos anos 1930, momento em que o capitalismo enfrenta uma de suas maiores crises econômicas, com queda de produção, desemprego, falência de bancos e empresas. Nos Estados Unidos, frente à crise, o governo adotou de início políticas emergenciais de trabalho público para ocupar os desempregados, então pagos com bônus alimentícios, e de previsão de combustível para aquecimento (FALEIROS, 2000).

As políticas sociais foram, portanto, implementadas de forma a amenizar os conflitos e incentivar o consumo.

No período da República Velha (1889-1930), houve a disseminação de várias doenças transmissíveis no Rio de Janeiro e endemias rurais devido à falta de um modelo sanitário para o país, o que gerou consequências tanto para a saúde coletiva, quanto para o comércio exterior. As respostas do Estado surgem com os serviços de saúde pública e a realização de campanhas sanitárias que promoviam uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar as exportações (MENDES, 1994, p.20). Estas campanhas tinham um caráter repressivo e arbitrário, e as epidemias eram enfrentadas como “questão de polícia”, através de processos de desfavelização e vacinação obrigatória.

O sistema previdenciário no Brasil foi redesenhado na segunda metade da década de 1930. Tratava-se de uma estratégia do governo Vargas em abordar a política social dentro das regulamentações das políticas estatais.

Faleiros (2000) assinala que era o Estado assumindo o papel de promotor da integração social na tentativa de abrandar os efeitos negativos das ações de mercado sobre as relações entre proprietários industriais e trabalhadores, e, atenuar os conflitos sociais.

A política trabalhista de Vargas buscava ao mesmo tempo controlar as greves e os movimentos operários, e estabelecer um sistema de seguro social. Explicitava abertamente substituir a luta de classes pela colaboração de classes (FALEIROS, 2000, p.45).

Ainda no governo Varguista foram implementados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), por categorias de trabalhadores como os marítimos, estivadores, bancários e industriários. As categorias dos trabalhadores rurais, não ingressaram no sistema da previdência, como também as empregadas domésticas e trabalhadores autônomos excluídos até 1970.

Em 1942 foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que teve como coordenadora a primeira Dama do Estado (Darc Vargas), inicialmente comprometida no atendimento às famílias da Segunda Guerra Mundial e, em 1946, direcionou a atenção aos cuidados à maternidade e à infância, na busca pela legitimação do Estado junto aos pobres. Este modelo manteve-se até o golpe militar de 1964.

Os anos de 1946/1947 comportaram vários projetos circulados no Congresso Nacional, voltados para a reformulação da Previdência Social Brasileira. Em 1947, a Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS) foi aprovada com o objetivo de se expandir a

cobertura para todos os assalariados, os autônomos e a criação de uma lei que estabelecesse um único plano de contribuições, benefícios e serviços; previa, ainda, a criação de um único corpo administrativo para supervisionar o sistema, unificando-o.

De acordo com Bravo (2013, p.138), a conjuntura política que estava em curso naquele período, favorecia o crescimento do capitalismo monopolista que estava em sua gênese no Brasil e com ele veio “[...] a crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista [...]”. Além disso, cabe pontuar que de acordo com Singer (1965) o governo de Dutra ficou conhecido como o “governo da burguesia industrial, sendo adotadas naquele período, várias medidas de estímulo à expansão industrial”. Contudo, a burguesia brasileira, entretanto, não conseguiu estabelecer nitidamente a sua hegemonia e, posteriormente, tiveram que aceitar a volta do populismo⁵ com a vitória de Getúlio Vargas em 1950.

Sendo assim, o projeto caminhou pelos governos Dutra, Vargas (mais uma vez), Café Filho (após o suicídio de Vargas), mas, somente em 1960, no governo Juscelino Kubitschek foi finalmente aprovado e promulgado.

Para Bravo (2013), ocorreram algumas mudanças que não correspondiam ao sistema vigente da época:

[...] os anos que se seguem a morte de Vargas provocam mudanças que não correspondiam mais ao sistema política vigente até então, visto que, as diretrizes econômicas que resultaram da derrota de Vargas que começaram a estabelecer-se no governo de Café Filho, continuando no governo de Juscelino Kubitschek (JK), orientaram-se por uma política de industrialização francamente favorável aos grandes capitais (BRAVO, 2013).

Portanto, mais do que um deslocamento do controle dos empresários nacionais em benefício dos estrangeiros, incidiu uma mudança “na estrutura da economia industrial, com o surgimento de um centro hegemônico vinculado ao grande capital e à indústria pesada” (BRAVO, 2013, p.140).

⁵ Para Teixeira (1980) apud Bravo (2013, p.138) o populismo é uma forma utilizada pelos regimes de origem burguesa para implantar o seu projeto de organização política e sustentação do poder, apoiando nas massas trabalhadoras. Porém, o governo Dutra (1946 a 50) foi uma exceção, pois incorreu uma coalizão partidária de cunho conservador, do PSD e da UDN, que tentou eliminar a prática populista.

Neste sentido, é notório que a gestão de Juscelino Kubitscheck enalteceu mais a política econômica em prejuízo da política social que manteve, em linhas gerais, de acordo com Bravo (2013), “o que herdara de Getúlio Vargas”. Notadamente, percebe-se que a ideologia “desenvolvimentista” começa a pautar, na metade da década de 1950, a política de saúde por outro ângulo, pois tinha o entendimento de que o desenvolvimento econômico traria necessariamente melhores condições de saúde para a população.

Na metade dos anos de 1950, a ideologia ‘desenvolvimentista’ colocou a questão de saúde de outro ângulo, ponderando que o desenvolvimento econômico traria, necessariamente, um melhor nível de saúde da população. Apesar de o debate ter sido ampliado, o sistema sanitário sofreu poucas alterações, pois esta ideologia tinha por suposto a valorização da política econômica, em detrimento da política social, o que foi característica já identificada do governo de JK e que aparece no seu Programa de Metas. O Governo de JK reduziu as despesas federais com a saúde pública de 5,4% (em 1955) para 4,62% (em 1960) no conjunto dos gastos da União (VIEIRA, 1983, *apud* BRAVO 2013, p.147).

Contudo, ressalta-se que a mudança de maior peso no governo de JK para as políticas sociais foi em relação à Lei Orgânica da Previdência Social e sua regulamentação.

O debate acerca da previdência social prosseguiu na agenda política governamental. Um exemplo a considerar foi à transformação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, em Ministério do Trabalho e Previdência Social, em 1961, no governo de Jânio Quadros que governou por apenas um ano, no tocante a saúde pública, pouco se realizou.

Por volta dos anos de 1950 e início dos anos de 1960, o desenvolvimento de uma crise na área política-econômica provocava mudanças na agenda pública do Brasil. O ponto focal dessa agenda pública era a discussão acerca do crescimento econômico e, conseqüentemente, do desenvolvimento da nação, pondo em debate o Plano de Metas⁶ que era claramente preocupado com a modernização.

⁶ Em 1956 o Brasil entra na chamada fase desenvolvimentista. Sob o comando de Juscelino Kubitschek, este que estabeleceu um **Plano de Metas** cujo objetivo era "crescer cinquenta anos em cinco ". Desenvolvimento, portanto, era a palavra de ordem, principalmente a indústria de base, investir na construção de estradas e de hidrelétricas e fazer crescer a extração de petróleo, tudo com o objetivo de arrancar o Brasil de seu subdesenvolvimento e transformá-lo num país industrializado. Os industriais brasileiros continuavam investindo nos setores tradicionais (tecido, móveis, alimentos, roupas e construção civil), e as multinacionais entravam no Brasil pela primeira vez, para a produção de bens de consumo (WIKIPÉDIA, 2010. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Plano_de_Metas acesso em: 15/06/2010).

Nesta direção, com a remontagem do Estado há uma ampliação da política de saúde em 1950, como bem coloca Bravo (2013): “na década de 1950, com o reaparelhamento do Estado, a saúde pública ampliou-se pela extensão relativa do atendimento e pela sofisticação da estrutura do aparelho estatal, com maior centralização”.

Assim, podemos dizer resumidamente, que o espaço nacional era ocupado, nessa época, pelo subdesenvolvimento social e estagnação *versus* reforma e crescimento. Quando se falava em reforma e crescimento se estava referindo às Reformas de Base – Urbana, Agrária e Administrativa. Estas temáticas se fizeram presentes no Congresso Nacional, como bem aponta Moreira (1998):

[...] de forma crescente o Congresso Nacional tornou-se palco de discussões sobre a reforma agrária, a reforma eleitoral e sobre o papel *colonizador* do capital estrangeiro. O nacionalismo econômico foi a perspectiva elaborada pela esquerda brasileira (MOREIRA, 1998).

Com o crescente processo de industrialização, surge a assistência médica privada integrada ao Sistema de Previdência Social, sendo este de caráter contencionista⁷.

O processo de industrialização acelerada que o Brasil viveu, a partir da década de 50, determinou um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma massa operária que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde. O importante, já não é sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva (MENDES, 1994, p.21).

Esse processo propiciou o esvaziamento progressivo do modelo campanhista e a ascensão do modelo médico assistencial privatista. Assim, a saúde passa a ser considerada um direito privativo de seus contribuintes. Os trabalhadores informais e os desempregados estavam desprovidos de assistência médica, ficando na dependência da caridade e benevolência das Santas Casas de Misericórdia. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde, mas

⁷ Segundo Mendes (1994), o caráter contencionista tinha o objetivo de conter recursos com vistas a uma acumulação para a previdência. Porém esses recursos provenientes da contribuição do Estado, empresários e trabalhadores, foram utilizados para financiar a industrialização.

isso não significou uma nova postura do governo e nem mesmo uma preocupação efetiva em atender aos importantes problemas de saúde existentes na época.

O novo Ministério manteve basicamente a estrutura do extinto Departamento Nacional de Saúde, com a ampliação do atendimento das enfermidades (ancilostomose, bócio, boubá, brucelose, doença de saúde Chagas, esquistossomose, filariose, leishmaniose, tracoma). O Setor Saúde, entretanto, ficou com uma fração menor do orçamento, a saber: um terço do imposto sobre a Educação e Saúde. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) ampliou suas atividades, nesta década, preocupando-se com a assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e desenvolvimento de pesquisas em medicina “tropical” [...] (BRAVO, 2013, p.145).

Claramente, percebe-se que as lutas por mudanças não implicavam apenas na construção de um novo modelo de Gestão do Estado, mas também por melhores condições de vida, de trabalho e de políticas sociais que suprissem as necessidades da população vulnerável, como bem colocara Francisco de Oliveira (1998):

[...] não é somente a degradação das condições de vida do proletariado e as suas reivindicações que determinam o surgimento das políticas sociais. Historicamente, os direitos sociais e as medidas jurídicas que consagram as políticas sociais vinculam-se também as alternativas encontradas pelo capital frente à crise de acumulação enfrentada no final dos anos 20 do século passado (OLIVEIRA, 1998, p.19).

O capital historicamente impõe o retraimento das iniciativas estatais e para produzir uma alternativa que neutraliza - se as proposições mais radicais do mercado, os trabalhadores organizados construíram formas de organizações.

Para Bravo (2013), a situação da saúde da população, no período de 1945 a 1964 era bastante crítica, pois não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, bem como as elevadas taxas de morbidade, mortalidade infantil e mortalidade, salvo as exceções de alguns intervalos, a saber:

No período de 1945 a 1964, com algumas variações identificadas, principalmente, nos anos de 1950, 1956 e 1953, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias [...] em síntese, a melhoria da qualidade de saúde da população não foi alterada substancialmente, havendo a opção governamental pela intervenção setorial, segundo as necessidades mais prementes da saúde pública (BRAVO, 2013, p.149).

Contra argumentando, as autoras Oliveira e Fleury (1986) afirmaram que no Pós-45 houve um tímido crescimento relativo aos gastos com Previdência Social: “o Pós-45 mostrou um rápido crescimento relativo dos gastos da Previdência Social, após certa estabilização ocorrida no final do período anterior”.

Com o golpe militar e o estabelecimento da ditadura em abril de 1964, a agenda pública mudou. As políticas públicas e do “bem-estar social” passavam ao largo de uma dinâmica com perspectiva de política social, com pequeno destaque nas políticas governamentais das áreas de bem-estar coletivo, como: saúde pública, educação, saneamento, habitação e nutrição.

No período do regime militar, que se instala no Brasil a partir de 1964, há uma preocupação do governo em legitimar-se perante a população, e utiliza-se da formulação de políticas sociais, para garantir o apoio e sustentação da sociedade. Foram desenvolvidas algumas ações de organização no campo da Saúde Pública como, a promulgação do Decreto Lei 200 (1967), que estabelece as competências do Ministério da Saúde, dentre elas, a formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde e ações preventivas, ou seja, tornou-se um mero órgão burocrático-normativo e não executivo de políticas de saúde.

O foco efetivo que passou a prevalecer era o dos efeitos perversos das políticas públicas, conforme coloca Rocha e Coutob (2009):

[...] o aumento do número de assalariados e a incorporação de novas categorias de trabalhadores aos sistemas de proteção social, aliados à dinâmica centralizadora do autoritarismo, levaram a um deslocamento rumo à universalização dos direitos sociais. No entanto, a disseminação desses direitos não foi acompanhada por uma estrutura capaz de assegurar seu exercício, o que tornou precária a cidadania que se universalizava (ROCHA e COUTOB, 2009, p.03).

Deste modo, avança a desigualdade social então dominante, o que, somado ao desemprego e a compressão salarial configura um crescente agravamento das questões sociais.

Em 1966, o sistema previdenciário sofreu nova reestruturação com a criação do Instituto Nacional de Aposentadorias e Pensões – INPS, subordinado ao Ministério do Trabalho, com a função de organizar programas sanitários - campanhistas no controle das epidemias.

O INPS teve seu sistema incorporado aos vários órgãos previdenciários que funcionavam anteriormente organizados por classes (bancários, marítimos, ferroviários e outros), que funcionavam e eram geridos com fundos independentes.

As políticas sociais se configuram como propostas de acesso da classe trabalhadora aos bens e serviços, engendrada pela reprodução da força de trabalho e pela intervenção de um Estado Social (BRAVO, 1996, p.56).

Cohn (1995) coloca que no cenário brasileiro, o investimento econômico em determinados setores, como na política social, é bastante frágil, principalmente no último quarto do século passado e início deste, onde as políticas sociais que foram concebidas e implementadas tiveram dimensão e alcance limitadas, se comparadas às experiências de sociedades menos desiguais e menos heterogêneas, como as da América do Norte, da Europa, Austrália e parte da Ásia.

O Plano Beveridge⁸ (que eclodiu na Inglaterra, 1942) se destacou ao adotar diversos e variados padrões de proteção social voltados a todas as eventualidades de perda de renda, tanto nos países de capitalismo central, quanto na periferia.

Enquanto isso os programas de proteção social que predomina no Brasil se apresentam em contraposição a uma política com efetiva capacidade distributiva; englobam políticas educacionais com pouca eficiência na distribuição de oportunidades; políticas tributárias que oneram mais pesadamente os segmentos de menores rendas; enfim, políticas públicas com predominante viés da desigualdade e que assume mais o caráter filantrópico de auxílio aos mais pobres.

⁸ Plano Beveridge (1942), que através da coordenação de Willian Henry Beveridge (1879-1963) aplica as teorias keynesianas de distribuição de renda, serviu de base para a estrutura da previdência social na Inglaterra e em vários outros países, difundindo a perspectiva da seguridade social universalizada que articulava a previdência e a assistência social (SANDRONI, 1992, p.27 e BOSCHETTI, 2000).

Em meados dos anos 1980, o campo conceitual das políticas sociais se deslocou para a análise do “modus operandi”⁹ acerca do seu caráter burocrático, centralizado, excludente, privatista e ineficaz.

Surgiram, então, dois instrumentos político-institucionais apontados como indicados para superação das características mais acima alinhadas: a participação dos atores excluídos na arena decisória das políticas públicas, que trazia para agenda nacional a proposta da transparência nos processos decisórios e da descentralização.

Com a perda da legitimidade da ditadura em meio à crise previdenciária e a difícil situação da saúde, a sociedade começou a se mobilizar na luta pelo processo de democratização. Culminando, portanto, com a crise do modelo econômico implantado pela ditadura militar, no qual há um agravamento da questão social¹⁰ com o acirramento das contradições entre classes. Assim, o modelo de saúde previdenciário mostra suas insuficiências devido à opção pela priorização à medicina curativa, que é incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva; bem como os aumentos constantes dos custos centrados na atenção médico-hospitalar; a diminuição da arrecadação previdenciária; o aumento crescente do número de “excluídos” do sistema, como os não contribuintes previdenciários; o desvio de verbas do sistema previdenciário para cobrir outras despesas e o não repasse de recursos da União ao sistema previdenciário.

O Movimento das DIRETAS JÁ (1984) e a eleição de Tancredo Neves assinalam o fim do regime militar, o que proporcionou a articulação de diversos movimentos sociais,

⁹ **Modus operandi** é uma expressão em latim que significa "modo de operação", utilizada para designar uma maneira de agir, operar ou executar uma atividade seguindo sempre os mesmos procedimentos. Em administração de empresas ou de alguns serviços públicos, *modus operandi* designa a maneira de realizar determinada tarefa segundo um padrão pré-estabelecido que dita as maneiras de como agir em determinados processos. No caso das Políticas públicas o Modus operandi está dotado de uma racionalidade que orienta e organiza as políticas sociais. Segundo Seibel e Oliveira (2006, p.8) a compreensão do *modus operandi* do patrimonialismo como forma de dominação política e do clientelismo como conteúdo dessas relações, percebe-se, portanto, uma prática corrente de gestão pública e suas características mais evidentes: um poder político-administrativo de origem historicamente clânica, cartorial ou oligárquica; uma administração pública percebida como questão de foro pessoal do governante; uma concepção personalista de autoridade; uma prática “apropriação privada” das instituições públicas recrutamento de funcionários e gestores a partir do ambiente do clã, da família ou das relações de compadrio; e, finalmente, o clientelismo como conteúdo primordial das relações entre o Estado e a sociedade. O clientelismo compreende uma ação de troca entre dois sujeitos: de um lado, aquele que demanda um serviço de caráter público (que não pode ou não tem como ser obtido por meio do mercado); de outro, aquele que administra ou tem acesso aos decisores sobre a concessão do serviço público. Essa ação é operada pela lógica da dádiva e do favor, como moeda política (SEIBEL e OLIVEIRA 2006, p. 8 a 11).

¹⁰ Questão Social compreendida como decorrência de “uma escassez produzida socialmente, de uma escassez que resulta necessariamente da contradição entre as forças produtivas e as relações de produção (...)” (NETTO, 2006, p.158), ou seja, decorrente da sociabilidade erguida sob o comando do capital. Ou ainda, “as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, do cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia (...)” (IAMAMOTO, 2006, p.77).

inclusive na área de saúde, culminando na grande mobilização nacional para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS (1986), que lançou as bases da Reforma Sanitária e do SUS. O Final da década de 1980 é marcado pela profunda crise econômica e por lutas pelo processo de redemocratização do país. Nesse período foram implementadas evidentes modificações no sistema público de saúde, que se iniciou na VIII CNS, de caráter democrático e de formação político-ideológica do projeto da reforma sanitária brasileira, culminando com a emergência do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988.

Diante do processo de democratização política e muitas mobilizações sociais permeando no cenário político, o fim dos anos de 1980 passa a ser considerado como uma década perdida do ponto de vista econômico, diante do palco de uma profunda e prolongada crise econômica desde o regime ditatorial de 1964, cujos efeitos persistem até os dias atuais.

[...] Assim, a Constituinte foi um processo duro de mobilizações e contramobilizações de projetos e interesses mais específicos, configurando campos definidos de forças. O texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, com destaque para a seguridade social, os direitos humanos e políticos, pelo que mereceu a caracterização de “Constituição Cidadã”, de Ulisses Guimarães. Mas manteve fortes traços conservadores, como a ausência de enfrentamento da militarização do poder no Brasil [...]. (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p.63).

A Constituição de 1988 consagrou o princípio da participação, o que significou notável mudança na abordagem das políticas públicas até então consideradas e, em particular, nas de corte social. As questões relativas à gestão e ao controle democrático de decisões adquiriram uma centralidade antes não reconhecida ou negada.

O país, a época, se desenvolve economicamente com a expansão da produtividade, modernização da economia e, ainda, através da parceria do Estado nacional com o capital estrangeiro no país.

Não é exagero dizer que a partir de meados da década de 1990 se inaugura um novo ciclo na evolução da Agenda Pública Brasileira. Estabelece-se, uma ação baseada na governança, a partir da restauração das bases fiscais das políticas, e da focalização,

seletividade e redefinição do mix público-privado¹¹ das políticas, coloca a pobreza absoluta como primado sobre a desigualdade, em combinação com políticas compensatórias aos custos sociais da estabilização.

Enquanto nos países capitalistas avançados já ocorria à ascensão do modelo neoliberal, no Brasil as correntes conservadoras insistiam em resistir às conquistas promulgadas pela Constituição Federal de 1988 ao mesmo tempo em que buscavam o avanço do receituário neoliberal no Brasil.

A proposta neoliberal se opunha à lógica de universalização dos direitos sociais – presente na Constituição Federal em decorrência do processo de luta dos trabalhadores. Ou seja, o neoliberalismo se opõe a toda forma de ampliação da intervenção estatal, em defesa de um Estado-Mínimo e Regulador.

Nesta direção, o modelo neoliberal de Estado surge no país para beneficiar o Capital que se adaptou às inovações gerenciais e tecnológicas e que estão em fase de transformação contínua face às cíclicas crises que ele enfrenta.

Nesta lógica, o Estado Mínimo, temia como função se limitar a proteção contra a violência ao próprio Estado e ao mercado, ou seja, têm a função restrita de manutenção da ordem.

A defesa do Estado Mínimo serve aos interesses do mercado, já que a liberdade no sentido neoliberal está diretamente relacionada com a liberdade econômica.

Entre as funções do Estado neoliberal, Feitosa (2006) destaca “a defesa incondicional da propriedade privada, a manutenção da paz como meio de garantir o usufruto da propriedade e o caráter negativista do poder público”. O Estado Neoliberal surge, portanto, como a única instituição capaz de resolver os problemas sociais desde que submetidas à lógica do mercado.

Os efeitos socioeconômicos do neoliberalismo são confirmados na realidade cotidiana diante do aprofundamento das desigualdades sociais entre as classes fundamentais: os trabalhadores e a burguesia, através de um ciclo histórico de um intenso processo de concentração da riqueza nas mãos das elites e a ampliação da pobreza das classes baixas.

¹¹ Nesse estudo o entendimento do sistema mix público-privado, parte da concepção de Santos *et al.* (2006), que o considera como sistemas de saúde mistos, que mesclam elementos da esfera pública e da privada, tanto no âmbito da prestação de serviços, como no do financiamento dos mesmos. Assim, nas palavras de Santos *et al.* (2006, p.7) o sistema de saúde Mix Público-privado “trata-se de um sistema de saúde que, embora universal e integral, tem o setor privado prestador sustentado pela compra estatal de serviços e um segmento de seguradoras e operadoras de planos de saúde fortemente subsidiado pelo Estado, pelos distintos instrumentos de renúncia fiscal acima apontados”.

Para Balanco (1997), tudo isso fica caracterizado no contexto da globalização das economias mundiais, através das altas taxas de juros, dos grandes grupos econômicos que reestruturam o processo produtivo com sofisticada tecnologia, baseado na automação, gerando uma intensa produtividade acompanhada de altas taxas de desemprego estrutural.

No cenário atual do campo social, os programas de proteção social no país compreendem políticas compensatórias, de transferência de renda ou de mínimos sociais, a exemplo do seguro-desemprego, e – sobretudo, do Bolsa-Família, revelam os seus limites na promoção da dignidade humana e na diminuição dos riscos de vulnerabilidade social.

Mesmo assim, no bojo do acúmulo de experiências negativas das forças políticas e sociais no período da ditadura militar, hoje, já superadas – no campo legal (ao menos em nível de discurso) desde o processo de (re) democratização brasileira com a Constituinte em 1988, possibilitaram aos movimentos sociais e ao conjunto de trabalhadores sociais estabelecer alguns avanços institucionais que se cristalizaram em forma de políticas sociais (BRAVO, 2008).

Com relação ao processo de luta dos movimentos sociais e dos trabalhadores, diante à crescente urbanização verificada no país nas últimas décadas, Oliveira (2003) destaca alguns aspectos, entre eles: a luta por bens e serviços públicos, por moradias e por terra, ou pelo reconhecimento de direitos sociais e culturais: gênero, raça, qualidade de vida, sexualidade, meio ambiente, direitos humanos, segurança, etc. que, de certo modo, se referem às lutas por direitos coletivos e justiça social.

Sendo, portanto, importante ressaltar que desde o final do século XIX e as duas primeiras décadas do século XX, há:

[...] um crescimento significativo das organizações e lutas operárias no país, as quais conseguem conquistar direitos essenciais, na sua maioria, relativos ao trabalho, como por exemplo: direito à organização e formação de sindicatos (1903 e 1907); regulamentação da proteção relativa ao acidente de trabalho (1919) e a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensões dos ferroviários (OLIVEIRA, 2003 *apud* SANTOS, 1987, p.18-21).

Deste modo, percebe-se a conquista de alguns direitos sociais pela classe trabalhadora, foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações das classes sociais. Bravo (2013) aponta que essas interferências,

no século XX, “será aprofundada, com a elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas”. Além disso, é notório que nos últimos anos do século XX, a questão de saúde já aparece como reivindicação do movimento operário.

1.2 A Saúde em Pauta: das práticas curativas à reforma sanitária

Neste contexto adverso, sinalizado no item anterior, pretende-se identificar os caminhos que a questão saúde percorreu desde as práticas curativas à reforma sanitária, do processo de redemocratização à implantação do Sistema Único de Saúde, bem como os impasses vivenciados a partir dos 1990 para concretização do SUS nos moldes que foi proposto pelo Movimento sanitário e previsto na Constituição de Federal Brasileira de 1988, evidenciando o que foi concretizado e a lacuna existente após 25 anos de criação da constituinte.

A partir dos avanços alcançados pelos trabalhadores, precisamente em meados do século XIX e início do século XX, como a redução da jornada de trabalho e a ampliação dos direitos sociais, mesmo que minimamente, se configura uma expansão das políticas sociais, mesmo que de forma mínima, focalizada e fragmentada. Isto se estabelece devido à imposição desenfreada do modelo liberal/neoliberal, tem como princípio básico a regulação das relações sociais e econômicas através do livre mercado, sob condição da não intervenção estatal. Sob a direção do capital, o Estado ora reprime duramente os trabalhadores, ora, consente a aprovação de direitos fundamentais no campo das políticas sociais.

A Saúde no Brasil emerge como “questão social” no século XX, diante aos agravamentos da saúde do trabalhador face às epidemias e doenças decorrentes do processo de urbanização (industrialização) sem planejamento nas cidades e típicas da própria modernidade.

[...] a Saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado (BRAGA e PAULA, 1986, p. 41-42).

Destarte, como aponta as autoras mencionadas acima, a saúde enquanto questão social surge no auge da economia capitalista cafeeira, diante à expansão da divisão do trabalho, e a impotência dos empresariados (mercado) diante ao adoecimento de parcelas significativas de trabalhadores, há uma concordância pela intervenção do Estado na promoção de políticas sociais públicas (mesmo que de forma residual e compensatória).

As medidas de higiene e saúde começaram a ser implantadas pelo Estado em vista enfrentar e frear a proliferação de diversas doenças graves que acometiam à população, as endemias – doenças parasitárias, pestilenciais e infectuosas.

Diante da inexistência de um modelo sanitário para o país, o então presidente do Brasil na época, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz para iniciar o combate da epidemia de febre-amarela urbana e, em 1904, instituiu a lei de vacinação obrigatória em todo território nacional.

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agro-exportadora, acentuada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitismo campanhista. (MENDES, 1992 *apud* POLIGNANO, 2001).

Em 1923, ante a instauração do modelo de Sistema Previdenciário Brasileiro, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) através da lei Eloy Chaves foi aprovado para o trabalhador-contribuinte, um benefício proporcional à contribuição, que dava direito a assistência médico-curativa, o fornecimento de medicamentos, aposentadorias, pensões e até mesmo auxílio-funeral. “As CAPS eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados” (MOTA *et al.*, 2008, p.90).

Posteriormente, a medicina previdenciária existente, teve suas CAPs unificadas em IAPs (Instituto de Aposentadorias e Pensões) como forma de ampliar o acesso de trabalhadores assalariados, que crescia rapidamente, a ampla prestação de serviços foi diminuída face ao interesse da Previdência em acumular recursos.

No bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos de 1930, deu-se a formulação da política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de **saúde pública** e o de **medicina previdenciária**.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se realizará 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, 2008, p.91).

Nesse contexto, surgiram as políticas sociais de enfrentamento à questão social de forma mais organizada e sistematizada, que passaram a ser tratadas na ordem política através da intervenção estatal e face à contemplação de novos aparelhos que beneficiaram a massa trabalhadora urbana, também para manter o controle econômico e político e não comprometer a acumulação e a lucratividade do setor industrial.

A política Nacional de Saúde, iniciada em 1930 e que se consolidou entre os anos de 1945 – 1950 seguiram também essa lógica do capital, mesmo sob a intervenção do Estado.

A partir desse período ocorreu uma pequena melhoria nos gastos com a saúde pública, no entanto, a rede de atendimento hospitalar privada que já estava montada avançava rumo à formação das empresas médicas via financiamento público, como bem coloca Bravo (2008):

[...] a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas [...] a corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada, e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização [...] (BRAVO, 2008, p. 92).

Até 1964 a medicina previdenciária ficou sob a responsabilidade maior dos Institutos, que pouco terceirizava os serviços médicos prestados. Ainda em 1964 (Ditadura Militar) no intuito de legitimar o regime ditatorial, foram tomadas medidas repressivas, e a política assistencialista governamental tornou-se um meio de reproduzir esse ideário e alcançar as suas metas.

Então, os trabalhadores, enquanto financiadores e gestores dos IAPs foram afastados desse cenário diante à aprovação das medidas de unificação da Previdência e dos IAPs, que ocorreu em 1966, quando o Estado assumiu o seu papel de Interventor na saúde pública e previdenciária social voltada para a sociedade. Conforme afirma Bravo (2008):

[...] a unificação da previdência social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiador (BRAVO, 2008, p. 93).

Nota-se, portanto, que logo após a unificação dos IASPs, foram criados os INPS que se constituíam, basicamente, na modernização da máquina estatal e, principalmente, no aumento do poder regulatório que o estado dispunha sobre a sociedade, além de conceber um empenho maior para mobilizar as forças políticas, que por sua vez, eram estimuladas no período “populista”. De acordo com Bravo (2008) tratava-se, portanto, de “uma orientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras”.

Naquele período, com o crescimento da medicina previdenciária abriu-se um leque para expansão das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares via articulação do Estado com os interesses do capital internacional, e deu início à corrupção da medicina na saúde pública.

No cenário da política nacional de saúde face à necessidade de ampliação dos serviços, acrescida da falta de recursos e ainda sendo alvo de interesses do Estado e interesses privativos que se configuram no país o início de um Movimento Sanitário.

Os anos de 1970 foram marcados por uma ampliação da cobertura previdenciária de forma a incluir a quase totalidade da população que vivia nas cidades, além de abranger os trabalhadores rurais, autônomos e empregados domésticas.

Essa expansão da seguridade social e da assistência médica, bem como, o aumento dos contratos de serviços com empresas privadas sem controle por parte da previdência, deu margem para corrupções, gerando uma crise econômica da previdência.

No intuito de sanar esses problemas foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com medidas políticas e administrativas de âmbito social; e diversas fundações e institutos foram atrelados a este Ministério.

Houve também a redefinição dos campos¹² de atuação na saúde e coube ao Ministério da Saúde à execução de medidas que visassem atender os interesses coletivos, incluindo a vigilância sanitária. Já, ao Ministério da Previdência e Assistência Social promover o

⁹As medidas nessa direção destacam-se a interiorização dos serviços de saúde, a implantação de estrutura básica de saúde pública e o aumento de cobertura, viabilizadas por programas-piloto (BRAVO, 2008, p.95).

atendimento-médico assistencial individualizado. Tais medidas agudizaram ainda mais as áreas preventivas e curativas do sistema de saúde brasileiro.

Ao final da década de 1970, como o fim do “milagre econômico”, o país passou por uma crise geral, e, com a diminuição do poder aquisitivo dos salários e o êxodo rural, aumenta cada vez mais o índice populacional à margem do sistema de assistência à saúde.

Diante deste cenário, ampliou-se a discussão em defesa pela reforma sanitária na política de saúde e o delineamento de um projeto voltado para o exercício de uma saúde pública efetivamente democrática, descentralizada e universal.

Nesta direção, o movimento conhecido como **Reforma Sanitária**, ganhou força com objetivo de politizar a saúde através da democratização e da formulação de um pensamento crítico dominante no país: que era a concepção restrita da saúde numa dimensão biológica e individual. Nesta perspectiva, Bravo (2008, p.95) coloca que a “saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia”.

Tal movimento contou – inicialmente - com a participação dos profissionais da saúde, partidos políticos de oposição, sindicatos, movimentos sociais urbanos e rurais e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que começam a discutir as responsabilidades do Estado sobre a saúde.

Se o conteúdo e a direção dos caminhos para a reforma sanitária estivessem orientados por necessidades epidemiológicas e pela redução das desigualdades no acesso aos recursos assistenciais, tomar-se-ia o caráter redistributivo de qualquer política social como princípio inalienável e previsível. Portanto, o objetivo de atenção da reforma sanitária é superar este sentido básico de políticas sociais, a redistribuição, e ter na **necessidade social de saúde**, como necessidade de apropriação de um bem individual e coletivo, o objetivo principal (...), ainda que orientados pelos princípios do SUS e pela referência social da saúde deverão originar-se pela necessidade de respostas políticas, biotecnológicas e éticas, concretizadas na correspondência às necessidades historicamente situadas (VASCONCELOS, 2007, p.81).

A atenção primária à Saúde e a Medicina comunitária passaram a ser evidenciadas. Surgiu o Programa Nacional de Serviços Básicos a Saúde – o Prev-Saúde que indicava algumas mudanças manifestadas pelo movimento sanitarista, quanto à perspectiva individualista e biologistas das práticas de saúde.

O Movimento de Reforma Sanitária surge na década de 1970, no interior da universidade - o principal reduto de contestação ao governo autoritário. Este se caracterizou por aliar a produção científica à busca de novas práticas políticas e a difusão da proposta da organização do sistema de saúde, inserida na luta mais geral pela democratização do país. Porém, o movimento carecia de um apoio substancial. Segundo Mendonça e Teixeira (2002),

A fragilidade do Movimento Sanitário decorria principalmente da incapacidade de ampliar suas bases de apoio, de forma a englobar os supostos principais interessados na mudança da política de saúde: a população deserdada pelo modelo econômico altamente concentrador (...). Na realidade, a população mais pobre, além de estar voltada para a busca imediata da sua sobrevivência, apresentava um baixo nível de organização e participação política (MENDONÇA e TEIXEIRA, 2002, p.206 - 207).

O Movimento Sanitário foi se consolidando como um projeto técnico-político formulado em torno de princípios e diretrizes de um sistema público, universal e integral de atenção à saúde, através da organização de um bloco de forças oposicionistas ao modelo hegemônico e da estratégia de politização dos usuários com a discussão da saúde. A inserção de alguns intelectuais comprometidos com esse projeto na Previdência Social possibilitou o deslocamento da luta para o interior da principal instituição responsável pela atenção à saúde. Desde então, a tensão entre o projeto reformador e o modelo médico privatista travam lutas nas instituições do setor saúde, e com o processo de transição democrática, em outros espaços a serem ocupados pelo Movimento de Reforma Sanitária.

Com o aprofundamento da crise financeira da Previdência Social, as propostas reformadoras foram incorporadas enquanto medidas racionalizantes para a contenção dos gastos públicos. Isso possibilitou a incorporação de demandas do Movimento de Reforma Sanitária, para além da racionalização dos gastos, mas objetivando uma transformação na estrutura de poder e na organização do sistema de saúde. A presença deste, de forma mais orgânica no governo e nas instituições de saúde, propiciou o fortalecimento do setor público na prestação do serviço de atenção à saúde na perspectiva da politização da questão saúde, da alteração da norma constitucional e da mudança na estrutura e práticas institucionais.

1.3 A questão saúde: do processo de redemocratização à implantação do SUS

Neste tópico, pautar-se-á a questão da saúde a partir do processo de redemocratização perpassando as dificuldades para a criação do SUS.

Nos anos de 1980, a sociedade brasileira vivenciou um processo de redemocratização do país. Nessa conjuntura, a sociedade civil e os novos sujeitos sociais entram em cena no cenário político, apresentando novas propostas voltadas aos princípios de descentralização e controle social, desenvolvidas através de um debate frente à reformulação do Sistema Nacional de Saúde.

Ao mesmo tempo, o país apresenta uma profunda crise econômica, instaurada desde o regime ditatorial persistente até os dias atuais. Tais mudanças democráticas ocorridas no Brasil não resultaram em ganhos materiais à maioria da população.

As propostas apresentadas por esses novos sujeitos, consistiram na:

Universalização do acesso; a saúde como um direito social e um dever do Estado *em prover a saúde pública para a população de forma universal*; o reordenamento do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, tendo como meta reordenar e direcionar um novo olhar em relação à saúde individual e coletiva; o processo de descentralização para as esferas estaduais e municipais, o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de outros mecanismos de gestão, como os conselhos de saúde (BRAVO, 2008, p.96).

Partindo do processo decisório de redemocratização para implementação de melhorias e ações constitucionais na saúde, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, palco de uma importante mobilização nacional, dando visibilidade e abertura à proposta sanitária.

Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde sendo um marco na questão saúde no Brasil ao introduzir a discussão a sociedade, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. Contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados (BRAVO, 2004).

O texto final aprovado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 inspirou-se nas propostas defendidas pelo movimento sanitário, contidas pelos princípios de (o):

O direito universal à saúde como dever do Estado; as ações de serviço de saúde passaram a ser de importância pública; a formação de um sistema único de saúde passou a integrar os serviços públicos em uma rede de forma hierarquizada, regionalizada, descentralizada através da municipalização; e do atendimento integral de forma a superar dicotomia entre serviços preventivos *versus* curativos; a participação da comunidade nos processos de saúde e no controle dos serviços; a participação do setor privado no sistema de saúde de forma a complementar as entidades filantrópicas, sendo proibida a destinação dos recursos públicos para a manutenção das instituições com fins lucrativos; bem como, a proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Portanto, evidencia-se que a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco por aglutinar profissionais de saúde, intelectuais, sindicatos e centrais de trabalhadores, movimentos populares e partidos políticos em torno da discussão da saúde e, sobretudo, com o produto concreto oriundo da referida conferência. Assim, Teixeira (1989, p.50-53 *apud* BRAVO, 2008, p.98) corrobora sublinhando que a principal análise da política de saúde na década de 80 foi a “politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais”.

A promulgação da Constituição foi um grande avanço na área das Políticas Sociais que passaram a ser consideradas como direito de todo cidadão, não mais como favor ou caridade, formando-se assim o tripé da Seguridade Social: Saúde, Assistência Social e Previdência Social, sendo esta última contributiva.

Art. 196 - Saúde direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998).

A Constituição de 1988 desencadeou mecanismos que possibilitaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Firmaram-se os princípios norteadores de SUS pautados na universalidade¹³, (Outra) equidade¹⁴ e (Outra) integralidade¹⁵.

Desta maneira a década de 1980 foi marcada por alterações nas normas constitucionais, politização da questão saúde, mudanças do arcabouço e das práticas institucionais, que culminaram na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que tinha por objetivo contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integrais de saúde, bem como a valorização da determinação social da doença.

Em síntese, isso garantiu a defesa e a legitimidade de uma reorganização do setor resultante de um exaustivo debate em torno das demandas específicas dos diferentes segmentos presentes. Diante da mobilização dos movimentos sociais e das discussões realizadas na perspectiva de alteração das práticas institucionais, em 1986, como resultado dos debates, o Ministério da Saúde cria o SUDS, que visava aprofundar o processo de organização descentralizada do sistema de saúde, com base na atribuição da execução da política de saúde ao setor público; na distribuição equânime dos recursos; participação da população e profissionais na gestão e controle orçamentário e da qualidade dos serviços.

Contudo, há no âmbito da elaboração da Constituição Federal de 1988, uma tensão entre o Movimento de Reforma Sanitária e grupos ligados ao setor privado que travam conflitos de interesses que incidem no setor saúde. Porém, a mobilização realizada conseguiu assegurar parte das reivindicações do movimento e a constituição do SUS.

Para a efetivação da implantação do SUS, seguiu-se um processo de elaboração e legislação denominada de Lei Orgânica da Saúde, (LOS - Lei nº. 8.080 e 8.142) em 1990:

¹⁰ Cf. A Constituição Federal de 1988, tem-se que a **Universalidade**: Todo e qualquer cidadão tem direito garantido ao acesso a todos os serviços públicos de saúde, inclusive aos contratados pelo poder público.

¹¹ **Equidade**: Todo cidadão deve ser tratado de forma igualitária e ser atendido conforme suas necessidades, até o limite do sistema (LOS - Lei nº. 8.080 e 8.142, 1990).

¹² **Integralidade**: O sistema de saúde deve ser integral, devendo promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos, priorizando atividades preventivas (LOS - Lei nº. 8.080 e 8.142, 1990).

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e orientação programática;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990, p. 4).

O conceito de saúde, com base na Organização Mundial de Saúde (OMS), explicita a compreensão da saúde, como a ausência de doenças e, portanto, refere-se ao bem-estar físico e mental.

Diante às transformações societárias e ao deparamos com os diversos fatores estruturais hoje determinantes e condicionantes para a qualidade das condições de vida da população surgiu à necessidade de se rever o próprio conceito de saúde, no sentido de ampliá-lo.

Com a intenção de alterar a situação de desigualdades de acesso à assistência a saúde a partir de uma concepção de integralidade prevê que as ações de saúde sejam ampliadas, portanto, desenvolvidas sobre o ambiente, o território em que os indivíduos vivem.

A proposta era que a Política de Saúde esteja voltada para a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, ou seja, antecipe o surgimento de doenças de modo que esteja voltada para a erradicação das causas sociais que interferem na saúde.

A Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080 esboça um conceito ampliado de saúde que supera a dimensão simplória de ausência de doenças, e para garanti-la, é necessário considerar os fatores sociais, políticos, econômicos e culturais. Isso passaria a contemplar a proposta de unificação da Saúde Pública no Brasil. O artigo 3º dispõe:

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, p.20).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma mudança histórica do modelo de saúde na sociedade brasileira, ao oferecer garantias importantes de direitos sociais para os cidadãos.

A constituinte de 1988 ressalta que uma nova ordem social no âmbito da saúde emergiu com a institucionalização da “saúde pública”. A proposta de saúde pública igualitária, desconfigurou institucionalmente as políticas anteriores, voltadas a inserção apenas das categorias privilegiadas de trabalhadores que sustentavam a assistência privada de saúde.

[...] a partir de 1988, garantida na Lei maior do país, é o ganho mais significativo para os mais diferentes segmentos da classe trabalhadora, sobretudo os não vinculados formalmente à Previdência (VASCONCELOS, 2007, p.77).

Em contrapartida, a efetivação dos princípios constitutivos do SUS na cobertura da saúde coletiva, exige decisão e iniciativa governamentais que garantam o financiamento do sistema, da prestação de serviços e assistência especializada.

O Brasil na década de 1990 vive um processo de desmonte das políticas públicas, dentre estas a saúde, em decorrência da política de ajuste orientada pelo projeto neoliberal, com vistas à contenção dos gastos públicos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do Estado e a focalização. Isso se materializa no corte de recursos para as políticas sociais e na manutenção dos crescentes níveis de acumulação do Capital. Segundo Bravo e Pereira (2002),

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que tem acesso ao mercado. (...) A principal inovação é a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedece às leis do mercado (BRAVO e PEREIRA 2002, p.200).

As contra-reformas no campo da saúde são justificadas pelo Estado sob um discurso de ineficiência da gerência política debilitada por uma administração pública burocrática, para justificar a terceirização da gestão através de organizações sociais. Entretanto, isso se constitui no discurso do poder hegemônico em assegurar a desestruturação dos direitos sociais e a mercantilização dos mesmos. Os impactos dessa reforma se evidenciam na proliferação dos planos de saúde, no sucateamento da saúde pública e na criação de organizações privadas de interesse público.

Decorrente do processo de mundialização do Capital, de reestruturação do Estado e reestruturação das relações econômicas e sociais que submete os Estados periféricos a uma total dependência e submissão aos ditames do Capital internacional. Segundo Iamamoto (2007),

Esses tempos e processo particulares afetaram a participação do Estado na prestação direta dos serviços sociais e no seu financiamento por meio de impostos diretos e indiretos, com distintos graus de progressividade. A política Social, submetida aos ditames da política econômica, é redimensionada ante as tendências de privatização, de cortes dos gastos públicos para programas sociais, focalizados no atendimento à pobreza e descentralizado na sua aplicação. Os impactos da redução dos gastos sociais e a conseqüente deteriorização dos serviços sociais públicos dependeram das relações entre Estado e a sociedade, das desigualdades e das políticas Sociais anteriormente existentes no programa de contra-reformas (IAMAMOTO, 2007, p.147).

Assim, o impacto que tais assertivas provocam em níveis macro e micro é catastrófico e no caso do contexto onde se localiza este estudo, provocou um aumento das iniquidades em saúde que a posteriori produziram pressões para a construção da Reforma sanitária Nacional.

O Projeto de Reforma Sanitária¹⁶, construído na década de 1980, possui como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde¹⁷ (SUS), sendo fruto de lutas e mobilização de profissionais de saúde, articulados ao movimento popular, como bem coloca Carvalho (2006):

A partir do final da década de 1970 e início da década de 1980, ocorreram profundas modificações no cenário político sanitário brasileiro, com o processo de democratização política do país, a crise fiscal do Estado, a falência do modelo de atenção a saúde que preconizava ações meramente curativas e ascensão de novos atores sociais no cenário político nacional (CARVALHO, 2006, p.16).

Sendo, nesse contexto de efervescência dos movimentos populares favorável ao surgimento de novas.

[...] condições para a emergência do Movimento Sanitário, que propunha mudança no conceito de saúde, atribuindo a ela determinantes sociais, históricos e econômicos e no fazer ético-político dos profissionais, buscando redesenhar o processo de participação social nas decisões sobre o sistema de saúde (CARVALHO, 2006, p.16).

Contudo, o projeto de Reforma Sanitária propõe uma relação diferenciada do Estado com a sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde, sendo esses, constituintes de uma inovação na gestão da política dessa área. Contudo, o Projeto Saúde, articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na política de ajuste neoliberal, tendo como principais tendências, a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização.

¹³ O conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos que corresponde a um efetivo deslocamento do poder público em direção às camadas populares, cuja expressão material caracteriza-se na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (TEXEIRA, 1995, p.194).

¹⁷ O SUS “é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração direta ou indireta e das Fundações mantidas pelo poder público e completamente pela iniciativa privada” (Lei Federal 8.080/90).

A Reforma Sanitária traz uma defesa muito forte da saúde como direitos de todos, pautada na defesa de melhores condições de vida da população. Sendo, contudo, tarefa do Estado, nesse projeto, garantir um mínimo àqueles que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado.

As reformas para o campo da saúde nessa ótica têm apresentado como propostas, o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. Percebe-se, portanto, que a universalidade do direito, um dos fundamentos do SUS e contido no Projeto de Reforma Sanitária, é um dos aspectos que tem provocado tensão e resistência dos formuladores do Projeto Saúde voltada para o mercado.

Como estratégias, destacam-se a ênfase nas parcerias com a sociedade, responsabilizando a mesma, para assumir os custos da crise, como também a refilantropização, ou seja, a desprofissionalização com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais.

O Sistema Único de Saúde foi estabelecido na Constituição de 1988, sendo um modelo criado para seguir a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo país sob responsabilidade das três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

De acordo com o artigo 198 da Constituição de 1988, a saúde incorpora o princípio da universalidade e da equidade, assegurando a justiça social, que garante a igualdade de assistência á saúde. O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente às leis que a regulamentam.

Vale salientar que o SUS não é sucessor do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) ou do INAMPS é, portanto, um novo sistema de saúde que está em construção, tendo que ser entendido em seus objetivos finais - dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde - para que assim busquemos os meios - processos, estruturas e métodos capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e torná-lo efetivo em nosso país.

Destacam-se como fundamentos dessa concepção, uma melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública com controle social, democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integridade

e equidade das ações, contendo na saúde, como premissa básica, o direito de todos e dever do Estado. Dentre seus objetivos e atribuições estão a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação das políticas de saúde, a execução de vigilância sanitária e epidemiológica, execução de ações de saneamento básico, defesa do meio ambiente, vigilância nutricional, formulação da política de recursos humanos para a saúde, fiscalização e inspeção de alimentos, formulação da execução da política do sangue e seus derivados.

Assim, de acordo com Carvalho (2006) “o projeto de Reforma Sanitária, que influenciou a formatação do Sistema Único de Saúde - SUS no seu aspecto legal, parte da concepção abrangente da saúde e do papel do Estado na prestação desse serviço” e, deste modo sendo, se baseado nos preceitos Constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

Universalidade: a defesa de que toda pessoa, independente de contribuição financeira ou não, tem direito aos serviços públicos de saúde;

Descentralização: a compreensão de que a política pública de saúde deve ser dada de maneira descentralizada, privilegiando o planejamento da esfera local;

Hierarquização: que os serviços de saúde sejam estruturados de maneira que haja uma ordenação de prestação de acordo com as demandas apresentadas;

Integralidade: a compreensão de que o atendimento deve entender o homem enquanto totalidade, bem como a articulação entre os saberes envolvidos nesse processo, notadamente na articulação entre assistência preventiva e curativa;

Regionalização: buscar uma articulação entre a rede de serviços de uma determinada região, por compreender que a situação de saúde de uma população está ligada diretamente às suas condições de vida, bem como articular a rede de serviços de saúde existentes;

Participação Popular: a defesa de participação da sociedade civil na elaboração, fiscalização e implementação da política pública de saúde, portanto o exercício do controle social (CARVALHO, 2006).

Destarte, a lei 8.080, define a forma como vai se desenvolver o SUS, a sua forma de organização e funcionamento, que será concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada, nesse caso, poderá participar em caráter complementar. Logo em seguida temos a lei 8142/90, recuperando artigos vetados, onde regula a participação da comunidade no SUS

através de instâncias colegiadas. Define as transferências de recursos financeiros, exigindo a formulação de planos de saúde e a criação de fundos de saúde.

Ressalta-se que os diferentes atores sociais envolvidos na saúde tendem a negligenciar o debate acerca das inovações e melhorias na saúde. Diante à correlação de forças e de interesses, transcende a falta de qualidade aos serviços públicos como também a noção de direito público à Saúde.

Mesmo assegurados em lei, os princípios e diretrizes do SUS enfrentam impasses quanto aos seus fins e meios, especialmente no tocante ao seu financiamento (não só do custeio, mas, principalmente, o não-investimento na expansão da rede de serviços) – e acesso aos seus serviços cada vez mais desfinanciados e sucateados (VASCONCELOS, 2007, p.79).

Ainda que esse conjunto de ideias, direitos, deveres e estratégias não possam ser implantados automaticamente e de imediato, é importante compreender que a implantação do SUS tem por objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde dentro de uma perspectiva universalizante no país, consubstanciando a projetada relação ente teoria e prática, e no intuito de romper com um passado de descompromisso social e com a antiga irracionalidade técnico-administrativa.

Nesse processo, a garantia do acesso aos serviços de saúde pode ser garantido no princípio de equidade, e considerar os obstáculos econômicos, culturais, geográficos e funcionais que afastam, de um lado, a população mais necessitada e, de outro, a população economicamente favorecida, tendo como função reorientar os serviços na distribuição dos recursos para os locais mais carentes e assegurar ações de saúde em todos os níveis, de acordo com a complexidade das situações reais dos indivíduos e das famílias, sem privilégios e sem barreiras.

Para isso, é necessário que se entenda, a lógica do SUS, como se dá o seu funcionamento e planejamento, de forma a cumprir esse novo compromisso que é assegurar a todos, indiscriminadamente, serviços e ações de saúde de forma equânime, adequada e progressiva.

Mesmo diante das formulações das normas, diretrizes e princípios, bem como todo o aparato teórico de desenvolvimento da operacionalização da saúde pública no Brasil, apesar de ao longo dos anos assistirmos aos avanços em nível nacional, verificamos que nos anos de 1990, o país passou a ser fortemente influenciado por uma política neoliberal, que propunha

como saída para as crises do país alternativas baseada no estímulo ao capital, onde os serviços voltados para as necessidades básicas passaram a ser mais incentivados via mercado.

Apesar do reconhecimento legal e dos avanços qualitativos, o sistema de saúde brasileiro passa por um intenso processo de sucateamento, que se revela principalmente na atenção ao usuário. Falta de médicos, ausência de especialidades clínicas em postos de saúde, superlotação de hospitais, imensas filas de espera em todas as esferas de atenção (primária, secundária e terciária), falta de medicamentos e de articulação entre a saúde e as demais políticas públicas. Porém, os problemas do SUS não se restringem apenas à gestão e financiamento, mas também a um processo de mercantilização desse direito. Isso é decorrente da política econômica orientada pelos organismos internacionais que trazem implicações negativas para as políticas sociais e nas condições de vida da população. A omissão do Estado contribui para a não efetivação da política de saúde enquanto um direito, mas, favorece a manutenção dos meios de produção e reprodução do Capital.

Nesta lógica, a perspectiva privatista também atingiu a Política de Saúde diante ao retraimento do Estado na oferta de serviços de qualidade a saúde pública, logo, descumprindo o seu papel de assegurar os direitos anteriormente garantidos por lei, além de investir num modelo privatista à medida que financia e estabelece convênios com os setores privados de saúde. Essa tendência cresce no país desde o governo de Fernando Collor de Melo e se estende ao governo de Luís Inácio Lula da Silva e da presidenta Dilma.

Face a essa conjuntura, no embate às recentes decisões e posturas políticas há – novamente - a necessidade de mobilização da classe trabalhadora em impedir o avanço dessas propostas de privatização da saúde.

Importante refletir que não compete à sociedade civil também atuar de forma a reduzir os custos com os gastos/investimentos na saúde sob o discurso da solidariedade e com o uso da refilantropização.

Alguns avanços foram possíveis a partir dessa pressão social, a exemplo da aprovação da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que trata sobre a participação da sociedade na gestão do SUS – na direção de controle social e fiscalização dos repasses financeiros entre as três esferas gestoras. Ainda, a entrada de agentes comunitários e dos cuidadores através da aprovação dos PACs (Programas de Agentes Comunitários), em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994.

Apesar dos princípios do SUS garantidos na Constituição Federal de 1988, houve o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais ali colocados, diante de um Estado

Mínimo que recuou ao atuar diretamente em função da sociedade, pautado na concepção de um Estado democrático e de direito e que veio comprometer as possibilidades de avanço do SUS no país¹⁸.

Diante dessa conjuntura, percebe-se que na década de 1990, apesar dos avanços na Saúde, ha forte influência da Política de Ajuste Neoliberal, que faz com que o Estado transfira sua responsabilidade direta pelo desenvolvimento econômico e social para o setor privado. Assim, o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB 1991¹⁹; NOB 1993²⁰ e a NOB 1996²¹), definindo a forma como será executada a gestão do SUS, os recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros.

Essas Normas Operacionais foram instituídas por meio de portarias ministeriais para formar e organizar o sistema, além de definir as competências de cada esfera do governo, bem como, as condições necessárias para que os estados e municípios pudessem assumir novas posições no processo de descentralização e municipalização o Sistema de saúde.

A primeira NOB foi editada em 1991, trouxe a lógica de financiamento que revelou um sistema de pagar por produção de serviços, com o propósito de aumentar a quantidade de procedimentos executados pelo SUS. Em 1993, período de extinção do INAMPS surgiu uma outra NOB definindo critérios e categorias de acordo com a gestão do Município nas formas de repasse dos recursos financeiros.

Em 1996, frente à crise no repasse de recursos, cuja verba destinada à saúde estava servindo para pagar outros débitos do tesouro, surgiu a NOB/1996 remetendo a forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, adquirindo agora uma

¹⁵ Além do proposto ênfase: Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico (BRAVO, 2008).

¹⁹ A NOB de 1991 foi a primeira a ser editada, esta traz uma lógica de financiamento que revelou um sistema de pagar por produção de serviços, com o propósito de aumentar a quantidade de procedimentos executados pelo SUS.

²⁰ Nota-se que a NOB de 1993 surge dentro de um contexto de extinção do INAMPS, e esta veio definir critérios e categorias de acordo com a gestão do Município nas formas de repasse dos recursos financeiros.

²¹ Em 1996, frente à crise no repasse de recursos, onde a verba destinada à saúde estava servindo para pagar outros débitos do tesouro, surge a NOB 96 que remete à forma como se dará o repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, adquirindo agora uma base num valor fixo *per capita* (PAB) e não mais vinculado à produção de serviços, permitindo que os municípios desenvolvam modelos de atenção à saúde da população, de acordo com sua região. Esta NOB (1996) estabeleceu bases para que o SUS fosse transformado em um modelo preocupado com a qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, bem como da equipe de saúde com a comunidade, através dos PACS e PSF.

base num valor fixo *per capita* (PAB) e não mais vinculado à produção de serviços, permitindo que os municípios desenvolvam modelos de atenção à saúde da população, de acordo com sua região.

A NOB/96 estabeleceu bases para que o SUS fosse transformado em um modelo preocupado com a qualidade de vida das pessoas, das famílias e do meio ambiente, bem como, da equipe de saúde com a comunidade através da aprovação dos PACS e dos PSF.

Está explícito no próprio documento do Ministério da Saúde (1997), intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial:

O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significado social (www.mds.gov.br, acesso em 10/04/2010).

O Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), no intuito de promover melhorias na relação entre profissionais e usuários.

Apesar da adesão do SUS, percebemos o seu crescente descumprimento frente às tendências que presentes na atualidade em defesa da contenção de gastos e da não universalização do acesso aos serviços.

Pois a tarefa do Estado, nesse contexto neoliberal, é garantir o atendimento mínimo aqueles que não podem pagar, e incentivar o complemento na saúde privada, ou seja, para aqueles que não estão abaixo da linha de pobreza e se defende oficialmente a satisfação das necessidades sociais (portanto, de saúde) em nível de mercado.

A partir deste breve resgate do percurso de implementação do SUS, observamos diversas dificuldades e sabemos que elas ainda existem, porém, é fundamental considerarmos a importância da sua aprovação e seguirmos na defesa pela sua consolidação/efetivação.

Retomando a origem do PSF no país, o seu surgimento remonta a criação do PACS (em 1991), como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde.

Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais.

Atualmente, reconhece-se que “não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva” (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2008).

O PSF foi redefinido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. E, os críticos avaliam que ele deve ser assimilado como uma estratégia de reorganização da atenção primária.

A qualidade da atenção básica à saúde produzida pela Estratégia de Saúde da Família – ESF deve ser abordada, compreendida pela sociedade civil e, principalmente, deve apontar respostas para as dificuldades persistentes no âmbito do programa.

O ESF vem incorporando, ainda que de forma muito tímida e superficial, o planejamento, a epidemiologia e o conhecimento teórico proporcionado por outras disciplinas ainda com pouca tradição na discussão da saúde-doença, na formulação, na execução e na avaliação de suas ações e serviços.

Por mais que se tenha avançado e produzido com esse modelo de atenção, tanto do ponto de vista da extensão de cobertura com a medicina clínica, quanto na compreensão social do fenômeno saúde-doença, velhas e novas perguntas se multiplicam cobrando respostas e promessas até então não cumpridas pela atenção básica.

Essas perguntas reclamam novas formas de abordagem, novas técnicas e novos olhares no que dizem respeito às práticas sanitárias, à organização da atenção, ao desenvolvimento do controle social e às práticas educativas comunitárias, ou seja, as modalidades de ação que compõem os protocolos que definem o que fazer na Saúde da Família.

Enfim, metas ainda não atingidas por conta de insuficiências presentes na formação das equipes profissionais, na dinâmica da atenção e no propósito dos gestores (nacional, estadual e municipal) de saúde.

A realidade de trabalho prescrita pela Estratégia Saúde da Família coloca as equipes profissionais numa arena que exige a transformação das práticas profissionais, pois o processo de trabalho tradicional não se coaduna com as exigências feitas pela Estratégia. Mas, por outro lado, oferece um terreno fértil para que novas possibilidades possam florescer e gerar acumulação para essas práticas profissionais e para a vida dos que dela são usuários.

A preocupação com essa problemática parte da compreensão de que avanços foram conseguidos, porém, o chamado inconformismo em relação ao modelo tende a continuar.

As respostas práticas e, sobretudo, as frustrações diante de obstáculos que parecem insuperáveis, pelo menos em curto prazo, trazem interrogações que se evidenciam perante as incertezas e dificuldade concretas, e, que impulsiona os pesquisadores para a tarefa de pensar e levar em frente os questionamentos e reflexões sobre as possibilidades de continuidade desse modelo.

1.4 O SUS e a questão da sustentabilidade das políticas de Saúde na era Petista (Lula e Dilma)

Buscaremos neste tópico fazer um percurso sobre os principais aspectos que marcaram o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, sobretudo, na era do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, fazendo um paralelo com as mudanças ocorridas em outras políticas, como as econômicas e as políticas sociais dos anos 1990 em diante, examinando assim, as várias expressões que tracejaram o SUS, no qual se redefinem os modelos assistenciais de saúde, os desafios postos a esse sistema após a instalação do modelo neoliberal na década de 1990 em diante.

Abrindo a década na qual se concretiza o neoliberalismo (1990), Fernando Collor de Mello apresenta-se como protagonista de um ideário solidificador do controle vindo de fora. Collor (1990 – 1992) foi o primeiro presidente eleito através de eleições diretas, idealizando como “messias” por conta de suas promessas de combate aos Marajás (altamente remunerados do serviço público) e aos crimes de colarinho branco (corrupção das elites do país). Sofreu impeachment após ter se tornado público seu esquema de corrupção, denunciado por Paulo César Farias (o PC Farias).

No início dos anos 1990 o Brasil adere ao consenso de Washington²² como uma alternativa a crise econômica instalada desde a década anterior. Para atender as exigências da agenda Neoliberal, Collor investe numa política monetarista, onde a moeda volta a ser o cruzeiro, congelando preços e confiscando a poupança pública, como forma de controlar a inflação. Adotou uma ação de cortes orçamentários na área social: abriu economia brasileira à especulação e à transnacionalização; abriu caminho para as privatizações de bens públicos, bem como desregulamentou ainda mais o campo trabalhista, da saúde e da educação, já danificados por Sarney e posteriormente perseguidos por Fernando Henrique Cardoso.

Após a deposição de Collor, assume o vice-presidente Itamar Franco (1992 – 1994). Diante do legado de Collor, pouco teve a contribuir com o social. Destaque para a criação do plano real, pelo então Ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso – FHC. A nova moeda – o real contribuiu para o controle da inflação, a estabilidade dos preços, o aumento do poder de compra dos mais pobres; contudo, sua sustentação deu-se, principalmente, à custa e de altos juros, embutidos nas compras a prazo.

Durante o governo de Itamar Franco houve a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, em dezembro de 1993, impostas sob pressão do Ministério Público Federal e Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do orçamento (desvio de verbas da Assistência Social para a área privada).

A LOAS trás o caráter público de direito social universal, obrigação do Estado, no que tange a Assistência Social. Confirma esta, como um dos tripés da Seguridade Social (ao lado da Previdência e da Saúde), obedecendo à prescrição da Carta Maior de 1988, bem como a constitui como nova forma de comunicação do Estado com a sociedade civil (canal direto).

Essa comunicação está elucidada na descentralização das decisões e participação do público-alvo da Assistência Social, por meio de seus instrumentos: Plano, Fundos, Conselhos, Fóruns e Conferências. A operacionalização da Assistência Social, tendo como lastro os elementos já citados, principalmente os Fundos Públicos – cerne das disputas políticas, segundo diversos intelectuais como Marilena Chauí, se dá pela execução de programas, projetos e serviços que não se traduzem apenas em elementos materiais, mais também subjetivos, como, a saber, a informação, etc.

¹⁹ Consenso de Washington é um conjunto de medidas que se compõem de dez regras básicas, formulado em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras baseadas em Washington, como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos EUA, fundamentados num texto do economista John Williamson do International Institute For Economy, e que se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional em 1990, quando passou a ser “receitado” para promover o “ajustamento macro-econômico” dois países em desenvolvimento que passavam por dificuldades (Site da enciclopédia Virtual – L).

Segundo Yazbeck (2004), as dificuldades impostas à operacionalização da Assistência Social no contexto do Neoliberalismo são:

- ✓ A construção de uma nova concepção de Assistência livre do clientelismo, filantropia, patrimonialismo, etc., ou seja, a superação da antiga cultura da benemerência e da tutela;
- ✓ A insuficiência das ações da Assistência explicita no seletivismo, focalismo e fragmentação;
- ✓ A transparência na regulação, aplicação e divulgação orçamentária (democratização das verbas públicas);
- ✓ A expansão e concretização do processo de municipalização – muitas vezes transformados em “prefeiturização”, seu contraponto (YAZBECK, 2004).

Essas barreiras destacadas pela autora – quando da avaliação dos 10 anos da implementação da LOAS – estão calcadas em dois grandes pilares contraditórios: a convivência com a história secular de opressão, sobrepujo e tutela, reatualizada e reproduzida cotidianamente; e a advocação de um paradigma que privilegia o capital em detrimento da pessoas humana, ou seja, o Neoliberalismo, este elucidado no crescimento exacerbado do terceiro setor, substituto do papel estatal no provimento dos mínimos sociais necessários a uma vida digna, civilizada, destinada aos cidadãos de forma universal, sem segregação nem constrangimentos. Tais colocações deixam claro que a Assistência Social, enquanto política pública, direito de cidadania, não é, ainda, pauta hegemônica, mais sim residual. É vulgarmente tratada como “irmã pobre” da Seguridade Social.

Da bandeira do Plano real, o então Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso – FHC é eleito presidente da república, em 1994. FHC aprofundou a reforma neoliberal iniciada por Collor, enfocando a política monetária, em detrimento da econômica e social. O tripé de sustentação do real era a atenção de capitais externos, cambio sobrevalorizado e altas taxas de juros. A outra grande prioridade de FHC, depois do Plano Real era a sua reeleição, articulada durante todo o seu governo.

As principais características deste governo, no que tange à área social foram:

- ✓ Destruição das conquistas sociais entre 1930-80;
- ✓ Piores índices de crescimento econômico e social desde a década de 30;
- ✓ Menor salário mínimo e menor desenvolvimento econômico e social do Mercado Comum do Cone SUL (MERCOSUL).

FHC fez ainda no campo social (ações ínfimas), mas por obrigação da LOAS. Os programas sociais mais enfatizados foram: o Comunidade Solidária e o Bolsa-Família, ambos assistencialistas.

A seguridade social recebe tratamento mais agressivo do que o dispensado por Collor. A saúde pública é sucateada, sendo apontada como saída, pelo sistema neoliberal, a busca de planos privados. A previdência sofre inúmeras alterações, cada vez mais martirizantes para o trabalhador, tais como o aumento de encargos trabalhistas e da idade mínima para a aposentadoria, sem contar ainda a maneira estigmatizante de conceder o Benefício de Prestação Continuada (BPC) aos idosos com 65 anos de idade ou mais e às pessoas portadoras de deficiências físicas comprovadamente carentes. A previdência sofreu uma reforma (Contra-reforma), por meio da Emenda Constitucional de nº 20, de 15 de dezembro de 1998. A assistência social não fugiu à regra da seletividade cruenta, com programas sociais, mínimos, inexpressivos e com recursos insignificantes.

Toda essa análise é nutrida, pela intensificação do clientelismo, paternalismo, patrimonialismo e fisiologismo, os quais fazem das políticas sociais trampolins eleitoreiros. Vale relembrar que, o segundo maior objetivo de FHC, depois da proteção do Plano real era a sua reeleição. A seguridade social passou a ser tratada como produto comercial de relevante valor.

Diante do exposto, é perceptível que os anos 1990, sob a influência da Política de Ajuste Neoliberal, o Estado sofre um redirecionamento no seu papel, onde o grande capital, juntamente com os grupos dirigentes, formam uma aliança, como o exemplo da Reforma Constitucional, mas precisamente a Previdência Social e das regras que normatizam as relações de trabalho no Brasil. A Contra Reforma é uma forma de o Estado desviar suas responsabilidades, colocando em cheque o modelo econômico vigente, com o argumento de que acabou a estratégia estatizante e a busca da superação de um modelo de administração pública burocrática, o Estado por sua vez, se pronuncia a favor de um modelo gerencial onde tem como principais características a redução dos custos, a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados e da produtividade.

Neste momento o Estado deixa de se responsabilizar pelo desenvolvimento social e econômico, para ser um regulador e promotor, onde transfere para o setor privado as responsabilidades que até então eram suas. A proposta agora era a criação de uma esfera pública não estatal que, mesmo realizando funções públicas, deveriam seguir as leis do mercado.

O que se construiu na década de 1980, no âmbito da Saúde, vem sendo desconstruído. Ela passa neste momento a se vincular ao mercado, dando ênfase as parcerias com a sociedade civil, onde esta é responsabilizada para assumir os custos da crise.

Apesar das declarações oficiais de adesão ao Sistema Único de Saúde (SUS), observou-se o desrespeito ao marco legal constitucional e um verdadeiro descaso do governo federal na fiscalização e regulamentação do que engloba a saúde.

O SUS ficou comprometido devido a alguns fatores como o da política social, pondo em destaque: quebra no princípio da equidade pela desunificação dos orçamentos municipais, estaduais e federais; priorização das ações curativas, em vez das de proteção e promoção da saúde. Outro ponto indispensável é o da remuneração por produção, conhecida como fator “incontrolável de corrupção”, caracterizando a péssima administração com o que é gasto, além de se pagar muito pouco em saúde, quando comparado aos índices internacionais.

Após um longo período de pleitos eleitorais, perdidos primeiro para Collor, depois para FHC (por duas vezes), o candidato Luis Inácio Lula da Silva (partido dos trabalhadores - PT) vence, em 2002, o candidato apoiado por FHC, o ex-ministro da Saúde e senador pelo Estado de São Paulo, José Serra (PSDB) com mais de 60% dos votos válidos.

Conforme Freitas (2007):

A eleição e posse de Lula para o exercício das funções de chefe de governo e de chefe de estado inaugurou um novo ciclo na política brasileira, do ponto de vista sociológico – pela origem do presidente (retirante nordestino, vítima da seca) e por sua trajetória forjada na luta sindical contra a ditadura militar e as injustiças sociais – e também do ponto de vista político, pela coalização político-partidária – aliança do PT com o PL (partido liberal), e pela agenda programática com elevada ênfase social (FREITAS, 2007, p.2).

De acordo com Paim *et. al.* (2005), a proposta para a Política de Saúde no primeiro mandato do governo Lula “é apresentada como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviço de saúde”, ou seja, ela apresenta uma concepção de Seguridade Social, portanto, havia uma expectativa, de que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde.

Entretanto, Bravo (2004) afirma que no início do governo, ele vai sinalizar como um dos desafios a “incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária”. Contudo, Paim (2006) aponta que o foi percebido a “manutenção da disputa entre os dois projetos: Reforma

Sanitária e Privatista. Em alguns aspectos, o governo procura fortalecer o primeiro projeto e, em outros, o segundo”.

Para tanto, Bravo (2006) ressalta alguns aspectos que tanto poderiam fortalecer e inovar a política de saúde no primeiro governo de Lula seria:

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos noventa, foi abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a sua realização em dezembro de 2003 e a escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO, 2006).

Nesta direção, o primeiro governo petista, apresenta ainda, uma continuidade da política de saúde dos anos noventa, na qual se destaca a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social. Como exemplo de focalização, destaca-se a centralidade no Programa Saúde da Família, sem alteração significativa, para que o mesmo se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica, em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes (BRAVO, 2008, p.104).

No entanto, apesar de euforia os Movimentos Sociais, de parte das classes baixa e média e de setores do empresariado, devido ao Plano de governo apresentado pelo PT em campanha, Lula não correspondeu aos anseios da sociedade brasileira por transformação, principalmente no que tange ao cumprimento da agenda constitucional.

Em estudos realizados por Paim *et. al.* (2005), ele esclarece que no primeiro ano do primeiro mandato, no qual avaliou a Política de Saúde a partir dos níveis de atenção e programas (Atenção Básica; Atendimento Hospitalar e Alta Complexidade; Programas Especiais; Vigilância Epidemiológica e Sanitária; Assistência; Farmacêutica; Assistência Médica Suplementar e Controle Social), evidenciou, portanto, que as “ações referentes à atenção básica assinalam um compromisso do governo com a ampliação e o fortalecimento do Programa Saúde da Família, através do aumento do financiamento e da ampliação de equipes de saúde da família” (PAIM *et. al.*, 2005). Para tanto, no âmbito da atenção hospitalar e de alta complexidade, tanto Bravo (2006) quanto Paim (2005) ressaltam o

Fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários (HUs) com o Sistema Único de Saúde (SUS), através de algumas medidas, a saber: recomposição dos quadros de servidores desses hospitais; nova forma de financiamento dos HUs. Outras ações nesta direção: a estruturação do serviço de emergência, com o lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências e a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o estímulo e apoio à criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências (BRAVO, 2006 e PAIM, 2005).

Segundo Freitas (2002), não se pode dizer que o Governo Lula esteja uma copia do Governo de FHC, o que se percebe em algumas ações que trouxeram melhorias para a população:

- Na política externa, o Brasil tem sido mais independente e ativo, barrando o avanço da Área de Livre Comercio das Américas (ALCA), além de enfrentar os EUA e a união Europeia na Organização Mundial do Comercio (OMC);
- O Governo não criminaliza os Movimentos Sociais, mantendo o dialogo com os mesmos, o que não ocorreu em governos anteriores²³;
- Houve uma redução da divida externa, na ordem de dezenas de bilhões de reais entre 2002 e 2006;
- Apesar da opção pelo agronegócio, o apoio à agricultura familiar, beneficiando também os assentamentos, é notório;
- Reajuste do salário Mínimo maior que a inflação acumulada do período de seu Governo. Embora não condizendo às antigas cobranças do PT, o salário mínimo é maior do que o concedido por FHC e possui o maior poder de compra dos últimos anos.

Freitas (2007) continua sua exposição centralizando a discussão na Seguridade Social e no combate à pobreza pelo Governo Lula.

Para Maria Inez de Souza Bravo (2006) um dos aspectos centrais do governo Lula, no âmbito da Política de Saúde refere-se aos trabalhadores de saúde, que foram terceirizados nos

²⁰ Discorda-se dessa colocação, baseando-se nos dados da mídia brasileira, mesmo a tendenciosa (tradicional), que mostra o quanto o Estado tem criminalizado os Movimentos Sociais, utilizados, na maioria das vezes em suas denúncias, os critérios de formação de quadrilha e atentado à segurança nacional.

anos de 1990. Neste sentido, algumas propostas têm sido defendidas e foram objeto de discussão na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como:

[...] a implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para o SUS; educação permanente; proteção social do trabalhador e regulação pública das especialidades a partir das necessidades de saúde da população e do SUS; despreciação do trabalho; implementação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), aprovada como Política Nacional, por meio da Resolução nº 330, em 2004. As ações necessárias para a viabilização da política, entretanto, não foram efetivadas.

Evidencia-se que a partir das contribuições dos autores (BRAVO, 2006 e PAIM, 2005), identifica-se que a política de saúde sofreu os impactos da política macroeconômica, como as outras políticas sociais do Brasil. Entretanto, evidencia-se que as questões essenciais não foram enfrentadas, tais como a “universalização das ações, o financiamento efetivo, a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos”.

Percebe-se que na Saúde, o percentual do PIB gasto é ínfimo se comparando ao investimento da maior parte dos países das Américas do Sul e do Norte, de Cuba, Japão, Austrália e da Europa, os quais investem em média praticamente o dobro do investido pelo Brasil na área. Trata-se do descumprimento do percentual definido pela Constituição para o SUS, por parte da União.

Houve aumento significativo do investimento no SUS, ultrapassando em 2006, o dobro do que fora aplicado em 2000, fora o montante (substancial) investido pelos estados e municípios. Contudo, gesta-se insuficientemente na saúde, metade do que a Argentina gasta *per capita*.

O SUS não fez frente ao setor privado, cujo crescimento estrutural e econômico se dá em larga escala. “o subfinanciamento do SUS é um fato concreto a impossibilidade a oferta de serviços públicos, gratuitos e com qualidade, como reza a Constituição e conforme as necessidades da População” (FREITAS, 2007, p.4). Isso sem contar com a maquiagem feita pelo Governo ao incluir programas sociais nas despesas com saúde, buscando inflar o demonstrativo da receita do SUS.

Em relação à assistência farmacêutica, registram-se um aumento relevante no gasto com produção, controle de qualidades, regulação de preços, disponibilidade e orientação ao

uso correto de medicamentos pela população. A criação da Farmácia Popular do Brasil significou ampliação da variedade de medicamentos, com preços até 90% abaixo do mercado.

Houve um investimento maior no QualiSUS no que diz respeito na melhoria de hospitais de urgência/emergência. O Governo implantou a política de Atenção às Urgências e Emergências, a qual comporta a Rede Nacional Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192.

Na atenção Básica, o piso (R\$) *Per capita*, fixado pelo Governo de FHC fora elevado em 50% em Lula. As equipes de saúde da família e de saúde Bucal foram ampliadas em mais de 100%, além da expansão dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Registra-se, ainda, uma inovação do Governo: implantação de mais laboratórios regionais de próteses dentárias e aumento de produção de próteses.

A previdência social sofreu uma reforma à semelhança da realizada por FHC, em 1998, sendo a primeira realizada pelo Governo de Luis Inácio Lula da Silva.

Nas palavras de Freitas (2007):

Ela permite que se transfira para o setor privado, via fundos de pensão, uma fatia significativa das aposentadorias do funcionalismo público. Era exatamente isso que o mercado queria. Em nome da Justiça Social, o governo aprovou a contribuição de 11% para os aposentados, embora, devido ao movimento organizado da sociedade brasileira, tenha sido obrigado a isentar aqueles com aposentadoria até R\$ 1.440 (para funcionários federais) e até R\$ 1.200 (para funcionários estaduais e municipais). A contribuição dos servidores inativos havia sido derrotada em três oportunidades durante o governo de FHC, quando sempre contou com o voto contrário do PT (FREITAS, 2007, p.5).

Desta feita, é notório que na atual conjuntura, desafios estão sendo colocados a todo instante, para os defensores do Projeto de Reforma Sanitária no que diz respeito à democratização da saúde. É relevante destacar que o movimento sanitário, formulador do Projeto de Reforma Sanitária e do SUS, durante a década de 1990, ficou em posição defensiva, apenas resistindo aos ataques ao SUS (BRAVO, 2006).

Na assistência Social destacam-se os Programas Fome Zero e Bolsa Família, bem como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O programa Fome Zero foi a grande promessa de campanha de Lula, além de sua estratégia de marketing. Lula, na ocasião de seu primeiro pronunciamento como presidente eleito, em outubro de 2002, afirmou: “Se no final

de meu mandato cada brasileiro puder comer três vezes ao dia, terei cumprido a missão de minha vida”. (idem, p.6). Seu governo primeiro criou o Ministério Extraordinário para Segurança Alimentar e Combate à fome (MESA), coordenado pelo ministro José Graziano. Esse ministério incorporou o Fome Zero, mudando de nomenclatura em dezembro de 2003, passando a se chamar Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Em linhas gerais, conforme seu texto,

O Fome Zero é uma estratégia impulsionada pelo governo federal para assegurar o direito humano à alimentação adequada às pessoas com dificuldades de acesso aos alimentos. Tal estratégia se insere na promoção da segurança alimentar e nutricional buscando a inclusão e a conquista da cidadania da população mais vulnerável à fome (BRASIL, site do MDS, 2006).

Uma observação pertinente é a de que o mencionado programa não foi submetido ao Ministério da Assistência Social, evidenciando o paralelismo de ações governamentais, com a criação de outros ministérios e o conseqüente inchaço da máquina e do ônus estatal.

A ideia de que para o pobre qualquer coisa serve e basta – colocando-o não como sujeito de direitos, mas como um resíduo social, explorando e subempregado pelo Sistema de mercado – prevalece no interior do Fome Zero e de outros programas governamentais, a exemplo do Bolsa Família, discorrido adiante. Sem dúvida, uma reconfiguração da tutelarização da pobreza, historicamente desenhada pelas elites brasileiras.

O Programa Bolsa Família (PBF), concebido pela medida provisória de nº 132, de 20 de outubro de 2003, convertida na lei nº 10.836, incorporou o Fome Zero, bem como diversos programas criados pelo governo de FHC, como o Bolsa Escola, auxílio-Gás, etc. Sua inovação está em transferir diretamente renda (com condicionalidades) via cartão magnético, beneficiando famílias pobres e extremamente pobres.

O programa pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza:

- ✓ Promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda e família;
- ✓ Reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas da saúde e Educação, por meio dos cumprimentos das condicionalidades, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações;

✓ Coordenação de programas complementares, que tem por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários da Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. São exemplos de programas complementares: programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos (Site do MDS, 2003, p. 03).

O debate sobre o programa é grande, onde diversos intelectuais não negam a melhoria nas condições de vida que o mesmo trouxe à população pobre do País. Mesmo assim, ressalta-se uma desarmonia do Bolsa-Família com o que preconiza a Constituição ao falar do salário mínimo no seu artigo 7º, inciso IV:

Salário mínimo, fixado em lei, nacionalmente unificado, capaz de atender a suas necessidades vitais básicas e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim (BRASIL, 2008).

Deste modo, os valores transferidos pelo programa da metade das verbas assistenciais, que não chegam a 1% do PIB – não correspondem ao que seria necessário ao atendimento do disposto na Norma Ápice. Outros autores ressaltam o caráter paliativo e assistencialista do Bolsa-família em detrimento de transformações estruturais, tendo em vista sua transitoriedade por se tratar de um Programa de Governo.

Podemos afirmar que o governo Petista em seu primeiro mandato, traz como aspectos relevantes, o desconhecimento, por parte de uma grande parcela da população, o desconhecimento das plataformas de saúde dos candidatos, a saúde não era prioridade para os partidos políticos e que, nos programas de saúde divulgados, não havia diferença entre as propostas dos candidatos (BRAVO, 2006, p.58). Sendo, portanto, apresentado no final do primeiro mandato, o Pacto pela Saúde (2006), que tinha como objetivo de rediscutir a organização e o funcionamento do SUS, visualizando avançar na implementação dos seus princípios. Entretanto, este pacto não tem sido debatido amplamente.

Doravante, no segundo governo Lula, na composição do primeiro escalão, para ficar à frente do Ministério da Saúde, é escolhido para ministro um agente político que participou da

formulação do Projeto de Reforma Sanitária dos anos de 1980. Em seu discurso de posse, o ministro José Gomes Temporão afirma que há uma:

[...] tensão permanente entre o ideário reformista e o projeto real em construção, assim como aspectos culturais e ideológicos em disputa, como as propostas de redução do Estado, de individualização do risco, de focalização, de negação da solidariedade e banalização da violência. Um dos possíveis caminhos de superação deste conflito certamente passa pelo reconhecimento da sociedade de pensar a saúde como um bem e um projeto social. É necessário, portanto, retomar os conceitos da Reforma Sanitária Brasileira, que não se limitam à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir crescentemente na determinação social da doença. E os sujeitos deste processo são os usuários e os profissionais de saúde. Sem eles, o projeto será derrotado (PAIM, 2008, p. 46).

Notadamente, no âmbito da saúde, o Plano de governo do segundo governo petista (2007-2010), publicizado pelo candidato Lula não apresenta um compromisso com a Reforma Sanitária, “uma vez que não menciona alguns eixos considerados centrais, a saber: controle dos planos de saúde, financiamento efetivo e investimentos, ação intersetorial e política de gestão do trabalho” (PAIM, 2008, p.30).

Para tanto, Bravo (2005) coloca que o Ministério da Saúde, entretanto, não enfrentou algumas questões centrais ao ideário reformista construído desde meados dos anos setenta, como a “concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Saúde do Trabalhador”. Apresenta, portanto, por outro lado, proposições que são contrárias ao projeto, como a “adoção de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, ou seja, a criação de Fundações Estatais de Direito Privado”.

A autora citada acima, ressalta, ainda, que a proposição mais preocupante foi a criação das “Fundações Estatais, cujo debate estava mais avançado no âmbito da saúde, mas pretendeu atingir todas as áreas que não sejam exclusivas de Estado, tais como saúde, educação, ciência e tecnologia, cultura, meio ambiente, desporto, previdência complementar, assistência social, entre outras”.

A proposta descaracteriza o SUS Constitucional nos seus princípios fundamentais e todas as proposições que o Movimento Popular pela Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária sonharam construir em suas lutas desde meados dos anos setenta. Substitui-se o interesse público por interesses particularistas numa privatização perversa do Estado brasileiro, o que infelizmente não é novidade na cena pública nacional. Todas essas modificações, entretanto, são ancoradas em valores que foram ressignificados, como a democracia, a qualidade, a transparência, a eficiência e a eficácia (BRAVO, 2008, p.71).

Nesta direção, Paim (2008) e Bravo (2008) enfatizam que os movimentos sociais reagiram a esta proposição. Colocam também que em 2007, o Conselho Nacional de Saúde se posicionou contrário na sua reunião do mês de junho. Além disso, ressaltam que naquele ano, foram realizadas Conferências Estaduais em todos os estados brasileiros e a 13ª Conferência Nacional de Saúde - maior evento envolvendo a participação social no país. Em todas estas conferências a proposta de criação das Fundações de Direito Privado foi rejeitada, corroborando, portanto, para a 13ª Conferência Nacional de Saúde que teve como tema central “Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”. O Conselho Nacional de Saúde, por sua vez, entendeu que era importante para a sociedade brasileira definir

[...] diretrizes para o avanço e a garantia da saúde como direito fundamental no desenvolvimento humano, econômico e social, bem como apontar estratégias para fortalecer a participação social no enfrentamento dos desafios atuais, para assegurar o Sistema Único de Saúde como política de Estado (BRAVO, 2008, p.50).

Deste modo, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, foi marcado por um posicionamento claro do movimento da saúde, contrário ao modelo de gestão proposto pelo governo federal, que visava retoma, com novo fôlego, a contrarreforma do Estado, iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) por Bresser Pereira (BRAVO, 2008).

Os delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde elegeram as propostas como prioridades para as questões vivenciadas pelo SUS, a saber: “o aprofundamento das políticas universalistas, o cumprimento da legislação brasileira sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS e a aprovação do PLP 01/2003 da Câmara dos Deputados, atualmente PLC nº 89/2007 (no Senado Federal), que regulamenta a Emenda Constitucional

29”, esta se refere ao financiamento. No que diz respeito à descriminalização do aborto, tema em evidência naquele ano, a conferência posicionou-se desfavoravelmente²⁴. Naquele ano, o desafio era, portanto, avançar e aprofundar esse debate, relacionando-o a uma questão de saúde pública.

Todavia, diferentemente da política de saúde, o Plano de Governo 2007-2010, o presidente Lula reafirma o compromisso com a política de Assistência Social, especialmente, com o Bolsa Família como carro-chefe no enfrentamento da fome e da pobreza, sua expansão e qualificação, via consolidação do SUAS²⁵ e sua rede de centros de referência da Assistência Social (CRAS), associada aos demais sistemas públicos, ampliando o contato do Estado com os mais distantes rincões do Brasil.

Não obstante os avanços supracitados sumariamente por Freitas (2007), a conclusão a que se chega é uma clara opção do PT em conjugar mudança e continuísmo, perfazendo, de modo mais “sutil e civilizado”, a agenda neoliberal iniciada, ainda, no contexto da Constituinte - dec. de 1980, acelerada por Collor, Franco e FHC. Aos movimentos sociais é à Sociedade politicamente organizada só resta insistir e persistir na afirmação dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais inscritos na Carta maior de 1988, superando a decepção dos Governos neoliberais dos anos de 1990-2000, com suas escandalosas opções históricas.

Nos anos 2000 vivencia-se ainda a dicotomia entre os ideais postulados pela Reforma Sanitária e o modelo neoliberal privatista. Neste sentido se houveram avanços ao exemplo da criação da Secretaria de Gestão Participativa que busca fortalecer, organizar o controle social e as conferências de saúde, tentando estabelecer a comunicação do Ministério da Saúde com os outros níveis de governo e a sociedade; a secretaria de atenção a saúde buscava unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar integrando as atribuições das distintas secretarias de políticas de saúde e de assistência a saúde e continuidades no sistema nacional de saúde entre outra medida.

²¹ A tradição cultural brasileira e a influência da Igreja Católica pesaram acentuadamente na escola política dos delegados com relação a essa temática.

²² O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constitui-se na regulação e organização em todo território nacional dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, de caráter continuado ou eventual, executados e promovidos por pessoas jurídicas de direito público sob critério universal e lógico de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil. Além disso, o Suas define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política de assistência social, possibilitando a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento aos usuários, indicadores de avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços e da rede prestadora de serviços socioassistenciais (Site do MDS, 2003).

De outro ângulo a política de saúde atual, dar continuidade aos aspectos de saúde dos anos 1990, com medidas isoladas, na precarização, e na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de interesse político para concretizar a concepção de seguridade social.

De acordo com Soares (2004), a expectativa que se colocava para o governo Lula era de fortalecer o SUS constitucional, entretanto, a uma distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público vigente, dado que o Sistema Universal de Saúde não se efetivou ao nível das propostas contidas na constituição, pois as populações que iria se beneficiar com ações direcionadas aos que não teriam acesso aos subsistemas privados não se consolidou.

Recentemente, no debate interno que ocorre no governo entre os universalistas e os focalistas, este último está sendo cada vez mais fortificado. O Estado tende a atender os segmentos mais pobres da população, pois com a pressão do desfinanciamento, a perspectiva universalista está cada dia mais longe de ser atingida.

Com relação ao desfinanciamento, Ivan Batista Coelho (2007) destaca que o SUS é:

[...] responsável pela assistência a 140 milhões de habitantes, conta com aproximados R\$ 60 bilhões ao ano (somando recursos das três esferas de governo) para cuidar, além das questões assistenciais, de toda a vigilância à saúde, vigilância de portos e aeroportos, fiscalização de estabelecimentos, vacinas, etc., ao passo que o subsistema de saúde supletiva movimenta cerca de R\$ 40 bilhões ao ano, destinados quase exclusivamente à assistência médica. Este fato faz com que o SUS tenha menos recursos para a assistência à saúde dos seus 140 milhões de assistidos que o utilizado pela saúde supletiva para cobrir seus 40 milhões. Ressalte-se ainda que parcela considerável dos usuários da saúde supletiva tem parte da sua assistência feita pelo SUS, por possuírem planos de saúde que não oferecem cobertura integral. Assim, se por um lado o gasto público é inferior a U\$ 250 *per capita*, o esforço nacional, quando se inclui a saúde supletiva, faz com que o Brasil despenda em torno de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) com saúde (COELHO, 2007, p. 309 - 310).

Nota-se que o autor demonstra que tanto o financiamento e cobertura, bem como o crescimento do setor privado autônomo se diferencia do SUS, uma vez que há um aumento do sub-sistema privado a partir de 1988, onde se verifica que o aumento do faturamento foi muito superior ao aumento da população coberta. Segundo, André Cesar Médici (2004) consequentemente,

[...] o gasto por beneficiário dos sistemas privados foi bem elevado, passando de US\$ 75,82 para US\$ 176,80 entre 1987 e 1994, respectivamente. Assim, observa-se entre 1987 e 1994 uma expansão de 54% da clientela e 258% do faturamento do sistema privado autônomo de saúde. Cabe destacar, no entanto, que neste mesmo período as taxas de crescimento dos recursos disponíveis pelo SUS também só foram elevadas até 1989, à medida que ocorreu forte retração do gasto público na primeira metade dos anos 1990 (MÉDICI, 2004, p.01).

Percebe-se, que tanto em termos de clientela como em termos de faturamento, o maior crescimento foi registrado nos planos de seguro-saúde, seguido das cooperativas médicas e dos planos de autogestão das empresas. Contudo, percebe-se ainda, que a maior clientela, no entanto, ainda se concentra no SUS e não nos planos das empresas de medicina de grupo, logo, o sistema privado de medicina supletiva, não cobre todos os serviços prestados pelo SUS, o que obriga aos usuários, além de pagar pelo serviço de saúde, através dos planos de saúde, além de não terem o usufruto do que foi gasto, a recorrer aos serviços disponibilizados pelo SUS. Conforme aponta Coelho (2007):

É importante ressaltar este aspecto, por que o gasto aqui reportado à saúde suplementar provém, majoritariamente, de relações de emprego. [...] Os mecanismos de ressarcimento ao SUS por procedimentos feitos para usuários de planos de saúde não funcionam. Por outro lado, a possibilidade de que os gastos de empresas e cidadãos sejam descontados do Imposto de Renda faz com que se reduzam os recursos públicos que poderiam financiar melhor o setor saúde (COELHO, 2007, p.310).

Nesse sentido, Coelho (2007) ainda discorre que “o total dos gastos, SUS e saúde suplementar, não se investe em saúde, como nação, tão pouco como se costuma comentar”, o que produz, portanto, é uma profunda desigualdade no que se refere ao acesso aos serviços.

Quanto ao financiamento do SUS, Campos (2007) coloca que os problemas deste são provenientes desde sua constituição, o que impede seu pleno desenvolvimento.

[...] há evidências da existência de impasses na sua implantação: financiamento insuficiente; atenção primária crescendo, mas em velocidade e com qualidade abaixo da necessária; regionalização e integração entre municípios e serviços quase virtual; e, ainda, eficácia e eficiência de hospitais e serviços especializados abaixo do esperado (CAMPOS, 2007, p.302).

Contudo, o autor ainda discorre que o que há de mais grave no sistema único de saúde, não são os problemas advindos do seu financiamento e sucateamento dos serviços, mas um possível “desencantamento com o SUS ou, talvez, um descrédito quanto a nossa (movimento sanitário, políticos, gestores, profissionais, entre outros) capacidade para transformar em realidade uma política tão generosa e racional”. Todavia, esse colapso que assola o SUS, não decai sobre suas principais diretrizes, visto que ele foi e ainda o é fruto de uma reforma social, embora tenha se dado de forma incompleta, somada a uma implantação heterogênea, desigual, conforme características “geopolíticas ou geoculturais de cada região” (CAMPOS 2007, p. 302), desta forma, as freqüentes anormalidades com que vem intervindo positivamente sobre a “a vida cotidiana da maioria do povo tem contribuído para esse desinteresse” (Idem).

Neste sentido, cabem-nos questionar, quais são os caminhos para sanar tais especulações acerca desse sistema cujo caráter é universalista? Em busca de alterações do sistema vigente que possam permitir não só o avanço, mas, sobretudo, à superação das limitações de gestão e reorganização que circundam o SUS, Sônia Fleury (2007, p.307) lista algumas alternativas que podem impulsionar a superação neste desafio que ora se apresentam, dentre elas, estão a:

[...] estimulação de um poderoso e multifacetado movimento social e de opinião em defesa das políticas de proteção social, melhor utilização e gerenciamento dos recursos do SUS, adotando-se um modelo misto de repasse dos recursos com base na capacidade instalada, população e encargos sanitários e também transferências com base em contratos de gestão com responsabilidades definidas e metas a serem cumpridas pelos gestores;

[...] mudança no modelo de atenção com base nas diretrizes já formuladas para assegurar um sistema hierarquizado e regionalizado, coordenado com ênfase na integralidade da atuação clínica e preventiva; ampliação da eficiência, eficácia e humanização do sistema; definição de responsabilidades macro-sanitárias e adoção de critérios de risco para definição de prioridades em face de recursos escassos;

[...] definição de responsabilidades micro-sanitárias a partir da reorganização do trabalho em saúde; ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família; desenvolvimento científico e incorporação de tecnologia em saúde (FLEURY, 2007, p.307).

Ressalta-se que o SUS atual continua com seus radicais defensores e radicais opositores que o constituiu, neste sentido, Fleury (2007) coloca que seria imprescindível aprofundar o debate em relação “às propostas enunciadas como meios necessários para viabilizar o avanço do SUS”.

Já para Campos (2007) as mudanças devem percorrer alguns caminhos, onde ele elenca sete estratégias que possam garantir a continuidade da reforma sanitária, bem como a consolidação do SUS, guiando, portanto, o desenvolvimento de uma Gestão comprometida e a reorganização deste e, contudo, para que isso ocorra se faz necessário:

- 1- Estimular a constituição de um poderoso e multifacetado movimento social e de opinião em defesa do bem-estar e da instituição de políticas de proteção social no Brasil.
- 2- Se há insuficiência de recursos para o SUS, há também problemas na sua utilização e gerenciamento. Além de buscar-se alternativa para ampliar o financiamento – a principal fonte, sem dúvida, seria diminuir o superávit primário e alterar a política de juros que interfere no cálculo de parte substancial da dívida –, haveria também que se reformular com rapidez o modelo de repasse de recursos aos estados, municípios e serviços.
- 3- A sustentabilidade política e econômica e a legitimidade sanitária do SUS dependem também de um processo de mudança do modelo de atenção realizado de maneira progressiva, mas que tivesse um grau importante de concomitância em todo o país.
- 4- Dentro dessa linha de mudança de modelos, há uma diretriz que, se adotada, teria grande possibilidade de ampliar a eficiência, eficácia e humanização do Sistema. Trata-se da criação de mecanismos organizacionais, que torne clara e bem estabelecida a responsabilidade sanitária dos entes federados, dos serviços e das equipes de saúde.
- 5- Outro projeto de reforma em andamento, mas com ritmo e resultados ainda insuficientes, é o da estratégia de Saúde da Família (Saúde coletiva e mediante o acolhimento).
- 6 - Outro ponto essencial na reforma da reforma é a revisão do modelo de gestão ainda empregado no SUS, tanto aquele utilizado para administrar os serviços próprios, quanto o vigente na relação com prestadores privados ou filantrópicos.

7 - Desenvolvimento científico e incorporação de tecnologia em saúde: Esta é uma área sensível, em que o SUS se relaciona diretamente com o mercado; no caso, produtores de fármacos e insumos médico-hospitalares, bem como com corporações profissionais (CAMPOS, 2007, p. 302).

Fazendo um contraponto aos argumentos de Campos (2007, p.302), Sônia Fleury (2007) destaca que o autor, comete vários equívocos quanto a sua análise a respeito do SUS, especialmente, quando este o analisa a partir de “teorias” que resguardam as reformas feitas verticalmente, ou seja, as reformas advindas de cima para baixo, isto é, através do aparelho estatal sem considerar qual a força política empregada e qual o viés e princípios que este busca consolidar.

Em sua análise, os equívocos desta teoria oficial da reforma sanitária derivavam da opção, feita pelo partido sanitário oficial, de impor reformas “por cima”, por intermédio do aparelho estatal, independentemente de qual a composição de forças que o governo representasse (FLEURY, 2007, p. 307).

Ainda sobre esse aspecto, a autora critica Campos (2007) por este não apontar estratégias que possam unificar a reforma sanitária com a sociedade civil, que possibilite a união de forças em busca de resolutividade das problemáticas da questão social: “[...] a análise não encaminha uma estratégia para rearticulação do movimento sanitário com as forças da sociedade civil” e, sobretudo, com “[...] a política de saúde, que já foi inspiração para o novo modelo constitucional de políticas sociais, hoje se encontra isolada dos movimentos da sociedade que se articulam em função da questão social” (FLEURY, 2007, p. 308). Neste sentido, ela sublinha que se faz imprescindível rever a “pauta das lutas da reforma sanitária” para identificar as causas do afastamento da sociedade civil com a reforma, apontando como possível saída desse isolamento, a aproximação e a incorporação de temas corriqueiros e que estão em debates nos movimentos da sociedade civil:

[...] a legalização do aborto, a defesa de um uso racional e sustentável dos recursos naturais, o combate às discriminações no acesso e utilização dos serviços públicos, o abuso da repressão e a violência institucional, a falta de ética de profissionais e servidores públicos, a quebra de patentes que permitisse a produção de medicamentos estratégicos, a reforma política e o controle do orçamento e tantos outros mais estão nas lutas da sociedade civil organizada (FLEURY, 2007, p. 308).

Diante das argumentações dos autores que ora trabalhamos, percebe-se que durante o governo Lula, apesar dos avanços no campo social, as políticas sociais estão fragmentadas e subordinadas aos interesses da economia e, se mantém na seguridade social a divisão das três políticas: assistência social, previdência social e saúde.

A política da saúde, nesta conjuntura, tem um caráter minimamente inovador no que se refere aos seguintes aspectos: a escolha de profissionais que se mostraram comprometidos com a Reforma Sanitária, estes ocupando o segundo escalão do Ministério; mudanças na estrutura organizativa do Ministério da Saúde com a criação de quatro secretarias e extintas três; realização da 12^a Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2003; a escolha de quem iria representar a Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde, e a organização do Ministério, onde se evidencia a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde, esta tem a função de formar recursos humanos para a saúde, além de regular as profissões e o mercado de trabalho na saúde.

Outra medida tomada pelo Ministério consiste na criação da Secretaria de Atenção à Saúde, esta pretendia unificar todas as ações de atenção básica, tanto a hospitalar, quanto à ambulatorial, no entanto, estas integrariam as funções das extintas secretarias de Assistência à Saúde e de Política de Saúde. Criou-se também a Secretaria de Gestão Participativa, esta tem como meta o controle social, estabelecer as bases de conferências de saúde e manter o diálogo do Ministério da Saúde com os outros setores do governo e com a sociedade.

Nota-se, portanto, que o SUS tem como o seu principal referencial o Programa Saúde da Família (PSF), o mesmo tornou-se alvo de críticas por se tratar de um programa de focalização, onde faz a cobertura das populações carentes, em vez de se transformar num programa de estratégia de reorganização da atenção básica em saúde para toda a população de acordo com os princípios da universalidade.

Alguns dos problemas do financiamento do SUS são: utilização dos recursos da Seguridade Social para garantir o superávit primário das contas públicas; desvinculação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e

Direitos de Natureza Financeira (CPMF) da receita do setor da saúde; o Presidente Lula com a orientação dos Ministros da Fazenda e do Planejamento decidiu ampliar as ações de serviço de saúde com gastos na segurança alimentar e o saneamento. O governo também se comprometeu com o Fundo Monetário Internacional (FMI) em analisar uma possibilidade de desvinculação de recursos para a educação e a saúde, assim indo contra os preceitos da Constituição Federal que faz a menção da União, Estado e Município de gastarem parte do que arrecadam para os dois setores, o da educação e a saúde.

De acordo com as considerações de Soares (2004) a proposição de políticas focalizadas seria a “ante-política” social, na medida em que permite a “inclusão” não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, não garantindo a base de igualdade necessária a uma verdadeira política social.

O desafio posto na atual conjuntura para efetivação do SUS “real” é buscar superar as profundas desigualdades sociais existente no nosso país, que vem sendo aprofundadas no atual governo Lula, e o amplo movimento de massa que retoma as propostas de superação da crise herdada e avançam em respostas concretas. Mas detidamente na saúde a grande busca é o fortalecimento da reforma sanitária e o aprofundamento do modelo de Gestão e ampliação da democratização do SUS. Por considerar imprescindível essa união para combater o pensamento de egocentrismo que impera no Brasil.

[...] creio ser possível e necessário aprofundar o modelo de gestão e ampliar a democratização da gestão pública, no interior do setor saúde e no conjunto do Estado. Para tanto, será necessário mais que uma gestão eficiente; trata-se de reconstruir um arco de alianças com as forças democráticas, que permita avançar a Reforma Sanitária, para além dos limites estreitos do SUS (FLEURY, 2007, p. 309).

Portanto, mediante esses entraves, postos ao sistema de saúde, e ao ineliminável quadro de degradação dos serviços de saúde expostos na realidade da saúde do nosso país; faz-se necessário dissertarmos a seguir, sobre a vinculação dos profissionais de Serviço Social no campo da saúde, especificamente, no âmbito hospitalar, visto que, foi nesse espaço que se estabeleceu a concretização desse estudo, e que este esteja atrelado ao Sistema Único de Saúde, abordando sua relação entre ensino e assistência no contexto atual desse sistema.

Para Bravo (2008, p.106) a discussão apresentada serve para confirmar e dar ênfase “das ações que está em programas focais, contudo, as grandes questões do SUS não estão sendo enfrentadas, como a universalização das ações, o financiamento, efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos”.

Para Carmelita Yazbek (2011) a conjuntura do governo Lula, constatou- se numa

[...] fragilização das lutas sociais e as entidades e movimentos sociais não conseguiram uma defesa da Seguridade Social e da saúde em particular. Desde a década de 1990, opera-se uma profunda despolitização da “questão social”, ao desqualificá-la como questão pública, política e nacional. A desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção da pobreza para a iniciativa privada e individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes (YAZBEK, 2011).

Em síntese, a análise que se faz após os dois mandatos do governo Lula, é que foi dado continuidade na disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos de 1990. Evidencia-se, portanto, que algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve pretensão política e de financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é a continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social e a articulação com o mercado. Contudo, esperava-se que, no mínimo, o Governo Dilma Roussef, que chega ao poder com a mística de ser a primeira mulher eleita ao cargo presidencial do país, não desse continuidade aos governos anteriores no que diz respeito à política de saúde e, sobretudo, que atendesse mesmo que não fosse em sua plenitude, o que está colocado na Constituição de 1988 e, sobretudo, nos princípios do SUS, em especial, o princípio da universalização, integralidade e o princípio da equidade.

A Presidenta Dilma Roussef, em seu discurso de posse, afirma que a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um desafio para seu governo, porém será tratada “como grande prioridade”. Além disso, ressalta-se que iria utilizar a “força do governo federal para acompanhar a qualidade do serviço prestado e o respeito ao usuário”. Destacava também, que iria estabelecer “parcerias com o setor privado na área da saúde, assegurando a reciprocidade quando da utilização dos serviços do SUS”, o que para Yazbek (2011) esta afirmação era preocupante com relação à defesa do SUS, construído nos anos 1988.

De acordo com Bravo e Menezes (2011), a nova presidenta, nomeia para Ministro da Saúde o ex-ministro da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República do governo Lula e ex-diretor nacional de saúde indígena da Funasa, entre 2004 e 2005, o médico Alexandre Padilha, vinculado ao Partido dos Trabalhadores (PT), que em seu primeiro discurso, sublinha que uma das suas prioridades de gestão e objetivo principal do ministério “será garantir o acesso, o atendimento de qualidade à população, em tempo real, adequado para a necessidade de saúde das pessoas”. Alexandre Padilha propôs a definição de um

[...] indicador nacional sobre qualidade do acesso aos serviços de saúde e a definição de um mapa nacional das necessidades em saúde, que auxiliasse o monitoramento da situação em todo o país. Além disso, Padilha defende que a saúde ocupe lugar no centro da agenda de desenvolvimento.

Desta feita, o novo ministro se compromete em participar ativamente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo eleito por aclamação para a presidência²⁶ do mesmo, no dia 16 de fevereiro de 2011.

Para Medeiros (2011), algumas ações mereceram preocupações como cortes orçamentários, restrição de investimentos, medidas de caráter privatista como a abertura do capital da Infraero, a privatização de aeroportos e a nova rodada de leilões do petróleo do Pré-Sal. É verdade, que ocorreu no governo Lula, a maior parte do orçamento da união para 2011 foi destinado à rolagem da dívida pública. A proposta é que R\$678,5 bilhões sejam destinados a pagar os juros e a amortização da dívida. O ministro Padilha, colocou a preocupação com os cortes que estão por vir, pois a previsão de cortes foi de até R\$ 60 bilhões, o que equivale a todos os gastos do Ministério da Saúde naquele ano (MEDEIROS, 2011). Nesta direção, as autoras Bravo e Menezes (2011) dissertam, que também era preocupante a afirmativa de cortes com gastos no âmbito da saúde, pois tem-se visto a ampliação dos modelos de gestão que privatizam a saúde como as “Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado e os problemas que estas ocasionam para os trabalhadores da saúde e usuários”.

²³ Desde 2006, o presidente do Conselho Nacional de Saúde tem sido eleito, sendo este cargo ocupado por um representante do segmento dos trabalhadores de saúde. O que foi muito importante para garantir a autonomia do Conselho do Ministério da Saúde. Antes do processo eleitoral para a presidência do CNS, o presidente nato era o Ministro da Saúde. Considera-se que a eleição do ministro é um retrocesso, pois concorda-se com várias avaliações que a presidência do Conselho de Saúde deveria ser ocupada por um representante do segmento dos usuários ou dos trabalhadores de saúde pois foi um avanço a eleição do presidente, em 2006 (BRAVO e MENEZES, 2001, p. 22).

Estava na pauta da nova presidenta, a implantação das Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas como modelo hospitalocêntrico, em todo o Brasil, bem como a interrogação de como resolver a fixação de profissionais de saúde de forma regionalizada, ressaltando, portanto, a importância da formação sem o esboço de uma política de gestão do trabalho e educação. Contudo, as autoras mencionadas acima, dissertam que o mais relevante seria pensar o

[...] fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e sua articulação com o sistema. Outra questão a ser considerada é como fixar os profissionais e solidificar sua formação sem uma política de gestão do trabalho e educação, explicitando plano de cargos, carreiras e salários e a proposta de educação permanente para os trabalhadores da saúde. O que se tem verificado é a ampliação da terceirização e a precarização dos trabalhadores (BRAVO e MENEZES, 2011, p.23).

Nesta perspectiva, evidencia-se que o que se tem examinado é a ampliação da terceirização e a precarização e exploração dos trabalhadores, como apontam as autoras Bravo e Menezes (2011):

Trabalhadores da construção civil reagem às condições abjetas de superexploração e semiescravidão impostas pelas empreiteiras – empresas multinacionais, como a Odebrecht, OAS, Camargo Corrêa, Queiroz Galvão, Mendes Júnior e outras – nas obras do PAC, o Plano de Aceleração do Capitalismo, um dos maiores programas de transferência de verbas públicas para as mãos do grande capital (são 21 obras com despesas previstas em mais de R\$ 105,6 bilhões desde o início do programa, em 2008). Os trabalhadores vão à luta contra os salários de fome, o não pagamento de horas extras, as péssimas condições de trabalho e a repressão da parte dos seguranças e forças policiais locais, verdadeiros capangas armados a serviço dos capitalistas (BRAVO e MENEZES, 2011, p. 25).

As autoras supracitadas, pontuam que o governo Dilma está cercado de algumas polêmicas no âmbito da saúde, dentre elas, estão a do Ministério da Saúde que foi conceder ao Mc Donald's o título de “Parceiro da Saúde” e a realização de um diagnóstico para a melhoria da gestão, promovido pelo Movimento Brasil Competitivo que tem Jorge Gerdau como um dos seus protagonistas. Ou seja, é a lógica privada influenciando no público. Outra iniciativa

do Ministério da Saúde que gerou polêmica foi à divulgação, no dia 28 de junho de 2011, do Decreto 7.508, publicado no DOU de 29/06/2011 que regulamenta a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Foi feita a seguinte reflexão acerca dessa regulamentação:

[...] a ênfase que aparece em diversos artigos a parceria público-privada, a saber. No artigo 3º é ressaltada a participação complementar da iniciativa privada e no artigo 16º é destacado que no planejamento devem ser considerados os serviços prestados pela iniciativa privada. Outro aspecto preocupante da regulamentação é a falta de referência aos conselhos de saúde (BRAVO e MENEZES, 2011, p. 26).

Também é verdade que os trabalhadores, a partir de 2011, enfrentaram alguns desafios, conforme aponta Bravo e Meneses (2011, p.50) ao dissertar que “há um crescimento considerável do “recrudescimento” da crise internacional do capitalismo que se deparará com um governo no Brasil, este que não mais estaria disposto a liberar crédito para aumentar o consumo (na verdade, uma política de endividamento crescente da população e de cooptação das camadas populares para a ilusória sensação de melhoria das condições de vida)”.

Desta forma, percebe-se que passado dois anos e meio do governo Dilma, que há uma crescente insatisfação de diversos grupos sociais, em especial, as manifestações de estudantes e de trabalhadores em protesto contra a elevação dos preços das passagens de ônibus em várias cidades do Brasil, nas quais pudemos vivenciar nos primeiros meses de 2013, no qual a violência policial sempre se faz presente em alguns Estados, já em outros, as manifestações foram pacíficas, porém todas refletem à indignação da população urbana com os péssimos e cada vez mais caros serviços de transportes, controlados, na sua grande maioria, pelos cartéis e oligopólios dos transportes.

Nesta perspectiva, alguns Fóruns populares foram criados em todo o país, com o objetivo de debater a situação da saúde pública e organizarem mobilizações contra o processo de privatização, iniciativas que se estendem à área da educação, envolvendo os sindicatos dos professores e as representações de alunos, pais e funcionários. Portanto, a 14ª Conferência de Saúde já apontava que o desafio para os Movimentos Sociais era manter:

[...] o posicionamento que questionasse e critique o processo de privatização dos serviços públicos de saúde, através dos denominados “novos modelos de gestão”, tais como Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), bem como a luta pelo Financiamento e por uma política econômica distributiva que valorize a política social.

As autoras coadunam ao afirmar que a análise primária no que diz respeito aos encaminhamentos da saúde no governo Dilma, tem seu rumo até os dias atuais trilhado para a ênfase nas políticas e “programas focalizados, a parceria com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais”.

Para reafirmar essa hipótese, as autoras apresentam algumas Reflexões sobre os rumos da política de saúde nos governos petistas, iniciado por Lula e dado continuidade Dilma, nos quais são evidenciadas constantes e inegáveis dificuldades:

- ✓ A lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado;
- ✓ A falta de viabilização da concepção de Seguridade Social;
- ✓ O subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado;
- ✓ A desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde com a não concretização da universalidade;
- ✓ O desafio de construção de práticas baseadas na integralidade e na intersetorialidade;
- ✓ Os impasses com relação à gestão do trabalho e educação, com a precarização dos trabalhadores e a não definição de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais;
- ✓ Os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face a não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais;
- ✓ Modelo de atenção à saúde centrado na doença;
- ✓ Modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização e, para o seu enfrentamento, são apresentadas propostas contrárias ao SUS, como as Fundações Públicas de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais;
- ✓ O avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas;
- ✓ A precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde (BRAVO e MENESES, 2011, p. 24 - 25).

Desse modo, evidencia-se que todos esses pontos citados acima são finos exemplos de que a construção e a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária, construída na década

de 1980 com muita batalha, permanecem atualmente como desafios fundamentais na agenda contemporânea do setor saúde. Percebe-se ainda, que na maioria do tempo, diga-se no governo petista, houve um retraimento por parte dos movimentos sociais, que por sua vez, essa atitude defensiva ocasiona categóricas mudanças na esfera do trabalho, principalmente, pela via da “reestruturação produtiva e das concepções pós-modernas, que destacam apenas o local, desvalorizando categorias mais gerais, como a totalidade social e a articulação do local com o regional e o nacional” conforme aponta Bravo e Menezes (2011, p.28).

As autoras citadas acima reafirmam que agenda política dos movimentos sociais tem sido preparada a partir da agenda do governo atual, o que era inconcebível nos anos 1980, portanto, a postura dos movimentos sociais atualmente, difere em partes da ação dos mesmos movimentos nos anos 1980, estes que por sua vez formulavam “proposições para intervenção nas políticas públicas”.

Yazbeck (2011) ressalta que os partidos de esquerda foram extremamente fundamentais na Constituição do SUS e, sobretudo, na formação da Constituição de 1988, contudo, percebe-se que os movimentos já não mais conseguem criar uma agenda propositiva em defesa das políticas públicas, em especial, da Seguridade Social e da Reforma Sanitária, a partir dos anos 1990, o que tem refletido nos dias atuais, haja vista, que o Partido dos Trabalhadores, ao assumir o poder, não tem conseguido mais mobilizar a sociedade em prol de uma ampliação dos direitos sociais, tendo, portanto, se comportado somente enquanto governo, deixando a esfera de mobilização e comprometimento com as causas do trabalhadores em segundo plano.

Da mesma forma, ocorre com o movimento sanitário, que era na década de 1980 composto de intelectuais dos mais diversos movimentos, mas em especial e com maior número, da área da saúde coletiva, hoje não tendo, portanto, articulação com os demais movimentos sociais, como de fato ocorreu no seu início da construção da Reforma Sanitária. O que ver atualmente, é o desmonte do SUS, principalmente, no governo Dilma que traz programas de valorização de mão de obra barata de outros países, a exemplo do programa “Mais Médicos” que faz parte do pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, este prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar os médicos de outros países (cubanos, uruguaios e espanhóis) para regiões onde há escassez e ausência de profissionais da saúde. Contudo, vale salientar, que ainda é cedo para tecer críticas ao programa, porém não podemos camuflar a real necessidade da política de saúde em todos os estados brasileiros que está suplicando socorro e nossos governantes concentram-se

em aplicar medidas paliativas em vez de realizar a concretização de fato da Reforma Sanitária e o cumprimento dos princípios do SUS.

Considera-se, na atual conjuntura, fundamental resgatar o ímpeto de luta e articulação nacional com vistas à construção de um espaço que fomenta as medidas regressivas quanto aos direitos sociais e que, principalmente, “contribua para a construção de uma mobilização, visando viabilizar o Projeto de Reforma Sanitária construído nos anos 1980 no Brasil, como horizonte a emancipação humana” (BRAVO e MENEZES, 2011, p.28) e isto só poderá ocorrer se houver uma articulação no âmbito nacional através da frente entre os diversificados Fóruns de Saúde.

CAPÍTULO II: INTERSETORIALIDADE NA AGENDA POLÍTICA DA SAÚDE

Iremos fazer uma circunscrição analítica, neste segundo capítulo, sobre algumas aproximações conceituais acerca da “intersectorialidade”, assim como, seus desdobramentos no âmbito da política de saúde, que conformam a análise deste estudo. Com intuito de refletir a realidade de que a intersectorialidade ainda se constitui em um desafio para consecução das políticas públicas. Portanto, este capítulo explana num primeiro momento, em linhas gerais, sobre as aproximações conceituais acerca da intersectorialidade e no segundo momento, destacar-se-á como a intersectorialidade vai se desenhando como estratégia de gestão, na qual são implementadas e formuladas as políticas públicas, em especial a política de saúde, ou seja, como ela se constrói numa alternativa para responder as demandas sociais postas pela população numa perspectiva de integralidade. Neste sentido, a intersectorialidade apresenta uma realidade em movimento na construção da integralidade das políticas públicas e, conseqüentemente, nos espaços institucionais.

2.1 Intersectorialidade: Aproximações conceituais

O termo intersectorialidade é indicado na literatura como possuidor de vários sentidos, bem como tem sido abordado através de diversos enfoques analíticos e por diversas áreas²⁷ do conhecimento que, por sua vez, abre inúmeras possibilidades de análise acerca da temática. É importante destacar que há pouquíssima produção no campo da educação e da assistência social, muito embora esta última área apresente, de modo inequívoco, a ação intersectorial como princípio norteador de seus programas sociais. Torna-se, assim, nesse momento, no registro das inúmeras contribuições, relevante debruçar-se sobre as conceituações e indicações disponíveis e examinar possíveis diferenças, aproximações e consensos existentes, os quais serão abordados a seguir.

Desse modo, observa-se que na abordagem da intersectorialidade, como já mencionado acima, emergem conceitos com distintos enfoques. Diante dessa situação, tratar-se-á aqui uma

²⁷ Verifica-se na revisão bibliográfica acerca da intersectorialidade, que este conceito tem sido abordado por profissionais da Administração, Medicina, Odontologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Sociologia, entre outros (SCHÜTZ, 2010, p.19). Isto evidencia que a temática da intersectorialidade constitui-se na preocupação para diversas áreas.

aproximação das contribuições, tendo em vista as diversas formas de abordagem dos autores, a partir das três vertentes mais utilizadas acerca da intersectorialidade, quais sejam: *A intersectorialidade como complementaridade de setores para atendimento das necessidades da população*; *Intersectorialidade como prática* e *Intersectorialidade como princípio do trabalho com redes*. Nesta última, daremos destaque em sua abordagem por se constituir nos conceitos de maior aproximação com a discussão pretendida neste trabalho.

Contudo, faz-se necessário buscar a gênese do conceito, sendo assim, numa perspectiva mais nuclear a “intersectorialidade” é decorrente da junção da expressão ou do prefixo *inter* acrescentada a um conjunto de setores, que ao se aproximarem e interagirem entre si podem produzir ações e saberes mais integrais e totalizantes.

Nesta direção o prefixo *inter*, de acordo com o Dicionário Aurélio em sua 5ª edição (2010), é procedente do latim *inter* que significa “no interior de dois”, “entre”; “no espaço de”; “posição intermediária”, de tal modo que a palavra intersectorialidade desvela: 1) Relações entre dois ou mais setores; 2) Que é comum a dois ou mais setores.

Nesta perspectiva, a palavra setor aqui empregada, pela própria composição do termo intersectorialidade, remete-se às políticas sociais, que na conceituação geral remonta os processos de gestão das políticas de corte social. Assim, a intersectorialidade para além de sua conceituação, desvela orientações para soluções e alternativas concretas para articulação das políticas sociais, objetivando impactos positivos para as condições de vida das populações urbanas e rurais. Para Fernanda Schütz (2009), o conceito de intersectorialidade apresenta

[...] a possibilidade de uma nova forma de abordagem das necessidades da população, pautada na complementaridade de setores, na perspectiva da superação da fragmentação. Nesta lógica, as necessidades da população são vislumbradas e atendidas em sua totalidade, ou seja, em suas diversas dimensões (SCHÜTZ, 2009, p.20).

Neste sentido, para Nascimento (2010), o termo intersectorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada na medida em que não se observa a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para execução das mesmas. Deste modo, a intersectorialidade passou a ser um dos requisitos para implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil.

Entretanto, as contribuições dos autores acerca da intersetorialidade que mais se destacam, é o conceito definido por Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997), para os quais

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

Azevedo (2003, p.41 *apud* NASCIMENTO, 2010), a intersetorialidade, diz respeito à inter-relação entre as diversas políticas. Nesta direção, as autoras pontuam algumas dificuldades para a intersetorialidade no que se refere à crescente especialização do poder público e a tendência de maximização do desempenho de cada um dos órgãos do setor estadual.

Inojosa e Junqueira (1997), insistem na atribuição do conceito de que a intersetorialidade como mecanismo de reconhecimento da população, em suas singularidades, haja vista que as determinações sociais de suas condições de vida refletem diretamente nas políticas públicas, afirmando assim, que “as prioridades **não serão setoriais**, mas definidas a partir de problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores” (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p.25).

Coadunando com a discussão das autoras acima, Junqueira (1998) defende que a ideia, sobrepujada nesta possibilidade é que “a partir dos problemas da população sejam acessados de forma articulada os saberes e ações de cada política”.

Para tanto, Koga (2003, p.238 *apud* NASCIMENTO, 2010), destaca que a intersetorialidade sobressai enquanto caminho de perspectiva para a política pública, a fim de articular as políticas sociais, urbanas, econômicas de forma a “atuarem nos mesmos territórios prioritários da política da cidade”. Deste modo, a ideia de intersetorialidade não nega a setorialidade.

Ao mesmo tempo, Inojosa (2001) faz referência ao trabalho intersetorial, não como uma mera “justaposição de projetos realizados de maneira setorial”, mas afirma que a intersetorialidade, portanto, transcende esta lógica, pois supõe a complementaridade entre setores. Nesta perspectiva, ao empreender esta dimensão, Junqueira (1998) concebe na

intersectorialidade a superação da fragmentação das políticas públicas, grosso modo, concebe que a população seja ponderada em sua totalidade, pois a intersectorialidade

[...] não é um conceito que engloba apenas as políticas sociais, mas também sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura e ambiente, que também determinam sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (JUNQUEIRA, 1998, p.15).

Mendes (1996, p.253) coloca que a intersectorialidade “não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese”.

Para Bidara (2009), optar pela intersectorialidade é preferível pelos seguintes pontos: a) investe numa lógica para a gestão que considera o cidadão e por isso superar a fragmentação das políticas sociais; b) investe no aprendizado sobre como lidar com as tensões produzidas, quando se tem diferentes setores e atores, com distintas concepções de mundo, tendo que negociar uma resposta partilhada para os problemas que lhes são comuns.

Cabe-nos pontuar que situar a intersectorialidade na literatura requer muita cautela, haja vista, que de um lado há convergências de ideias consistentes de alguns autores já tidos como referenciais no estudo da temática, de outro lado, tem-se construções teóricas totalmente divergentes que empregam o termo “intersectorial” para explicar num mesmo espaço todos os problemas de ordem da gestão das políticas sociais, imprimindo ao termo uma concepção simplista e estética.

Inojosa (2001) pontua que a intersectorialidade ou transectorialidade, é uma expressão no campo das políticas públicas e das organizações que tem sido discutida no âmbito do conhecimento científico. De acordo com a autora, é possível encontrar na literatura o emprego de dois termos no sentido de articular saberes e experiências para solução sinérgica de problemas complexos.

Dessa forma, a autora ressalta que as políticas sociais brasileiras trazem um cariz muito forte da setorialização, perseguindo a noção de fragmentação da questão social sob o véis, sobretudo, do assistencialismo, como bem coloca Inojosa (2001):

[...] tais políticas não se encaixam no modo de pensar intersetorial, pois ele contradiz a natureza do assistencialismo, que tem caráter de compensação e de provimento de itens. Por exemplo: quando está faltando algo, busca-se sanar esse problema específico. Mas, cuidar da transformação da sociedade e promover o desenvolvimento social é uma abordagem diferente, que significa a repartição mais equânime das riquezas (INOJOSA, 2001, p.106).

Condescendendo com a argumentação da autora mencionada acima, Junqueira (1997) defende que o cidadão, ao tentar resolver suas esfinges, necessita que sejam considerados na sua totalidade e não de forma fragmentada. Sublinha ainda, que apesar dos serviços serem direcionados aos mesmos grupos sociais, que ocupam o mesmo espaço geográfico, eles são executados isoladamente por cada política pública.

Percebe-se assim que, para Junqueira (1997), há uma relação existente entre a população e o espaço geográfico a que pertence, com vistas à identificação dos problemas comuns bem como as possibilidades de solução para que se tenha uma vida com qualidade.

Deste modo, a intersetorialidade constitui, conforme o autor.

[...] uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade. Isso passa pelas relações home/natureza, homem/homem que determinam a construção social da cidade (JUNQUEIRA, 1997).

Nesta direção, a REDE UNIDA (2000) destaca a relevância do protagonismo dos sujeitos na construção da intersetorialidade. Ao afirmar:

[...] a intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais [...](REDE UNIDA, 2000, p.45).

Em linhas gerais, as definições acerca da intersetorialidade apontadas até o momento, partem do pressuposto de que é necessário encontrar formas inovadoras de formular e implementar as políticas sociais para atuar sobre os problemas sociais que se apresentam de

maneira cada vez mais complexa. Portanto, a intersectorialidade é então uma estratégia que busca superar a fragmentação das políticas públicas e atuar contra as perversidades sociais.

Nesta acepção, diante dos levantamentos realizados na literatura vigente no entorno desta temática, observa-se convergências nas ideias e conceitos trazidos pelos autores que tem produzido o conhecimento no que tange à intersectorialidade.

Conforme se observou no item anterior, a intersectorialidade mobiliza sujeitos e ao mobilizar sujeitos, conseqüentemente, a intersectorialidade mobiliza práticas. Um dos autores que discutem mais veementemente a “*intersectorialidade enquanto prática*” é Andrade (2006, p.282) que visualiza a intersectorialidade como “construção de práticas intersectoriais”. De acordo com esta proposição, as práticas intersectoriais, vislumbradas como um espaço novo, são traçadas com base em problemas concretos.

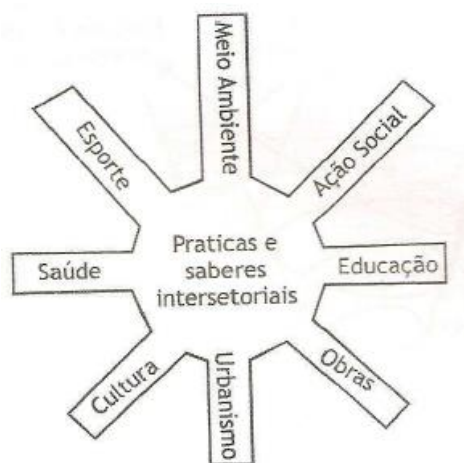
Este espaço será construído com a contribuição dos setores, que ali aportam seu acúmulo histórico e organizacional, teórico e metodológico, reconhecendo, no entanto, não ser o acúmulo setorial suficiente para a formulação no campo das políticas públicas [...] (ANDRADE, 2006).

Corroborando com a afirmação, Andrade (2004) traz uma importante contribuição para a discussão da temática em questão, ao defender que:

[...] após análise de experiências estudadas evidenciam uma inquietação no interior do Estado sobre como trabalhar com a intersectorialidade. Observou-se que em relação a ela há um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menos conflito, poderes disciplinares que estruturaram hegemonicamente sua organização. Esta organização condicionou os avanços na intersectorialidade das reformas estudadas (ANDRADE, 2004, p.54).

O autor expõe sua reflexão acerca da intersectorialidade, através da figura ilustrada abaixo, (figura 1):

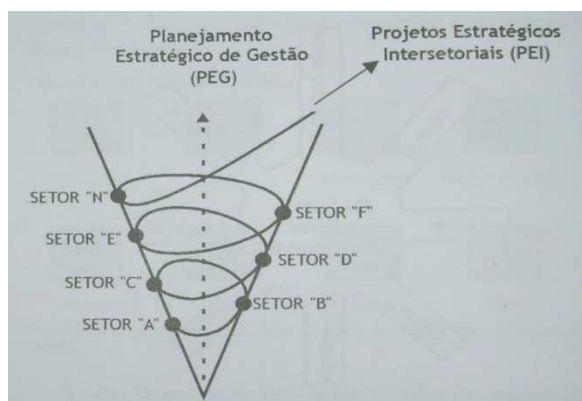
Figura 01: Reflexão sobre intersectorialidade segundo Andrade, 2004.



Fonte: Elaboração de Andrade (2006), com base em campos (2000 22003) e Andrade *et al.* (2004).

Nesta direção, Andrade (2006, p.289), defende que a intersectorialidade pode ser considerada como uma construção em um “formato de espiral”. Considera ainda, que o entendimento e a intervenção de uma dada realidade, situada em um determinado território, “possibilita um constante aprendizado, com o encontro dos acúmulos setoriais e sua transformação”, conforme mostra a próxima ilustração (Figura 2).

Figura 02: Ilustra os acúmulos setoriais e sua transformação.



Fonte: Elaboração de Andrade (2006), com base nas considerações finais de sua pesquisa, bem como estudos de Piaget (1971, 1975a e 1975b) e Campos (2000 e 2003).

Torna-se recorrente o pensamento de que as mudanças processadas até então, no âmbito da forma de análise acerca da intersectorialidade, não foram capazes de dar conta da

fragmentação da ação estatal (MONNERAT, 2009, p.203) como demonstra a figura acima, haja vista que os projetos estratégicos intersetoriais se constituem apenas no fio condutor que interliga os setores que compõem a gestão, onde na verdade, os projetos intersetoriais deveriam está contemplados no Planejamento Estratégico da Gestão governamental, ou seja, deveria está pensada na gestão estatal e não apenas no âmbito das secretarias que compõem a gestão. Aliado a este fato, de acordo com as colocações de Ferreira e Silva (2005), concebe-se que a crescente complexificação da questão social vem trazendo novos desafios ao sistema de proteção social, a saber:

[...]Enquanto a realidade opera com problemas complexos e mal estruturados, as instituições se organizam em setores e as universidades fragmentam o saber em departamentos [...]. [...]Embora a ciência necessite delimitar e recortar o real para ser possível apreendê-lo, o movimento inverso também faz parte do processo de produção do conhecimento. Já no âmbito das intervenções sociais, a apreensão do real enquanto totalidade de múltiplas determinações permite que a ação seja direcionada aos determinantes estruturais e tenha conseqüentemente, maior possibilidade de ser efetiva (FERREIRA e SILVA, 2005, p.106).

Com efeito, as autoras mencionadas acima, ponderam que um dos grandes desafios é romper com a tradição da ciência moderna, que opera com uma lógica “parcializada de organização e produção do saber, tendo como consequência uma intensa especialização disciplinar e práticas sociais fragmentadas”. Nesta perspectiva, outros autores apontam a relevância em buscar no “paradigma da interdisciplinaridade” uma análise integral das dificuldades apontadas e adotadas ao delinear as estratégias de gestão intersetorial, com vistas à promoção de práticas sociais mais eficazes em relação à questão social atual.

O que caracteriza a intersetorialidade é a possibilidade de síntese de práticas. No entanto, sua possibilidade está na faculdade de reconhecimento dos limites de poder e de atuação dos setores, pessoas e instituições. Este reconhecimento de insuficiência não é propriamente uma facilidade para humanos, especialmente para quem goza das condições oferecidas pelo poder institucional (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006, p.107).

Concomitante, Aldaiza Sposati (2006) coloca que após sua experiência de gestão na Prefeitura Municipal de São Paulo, a frente da política setorial de assistência social, afirma

que a “gestão intersetorial não apresenta garantia de resultados positivos, capaz de solucionar todas as questões e também não permite padrões e referências absolutas”. Para tanto, a autora sublinha ainda que a:

intersetorialidade na gestão pública significa adotar uma decisão racional no processo de gestão, cuja aplicação pode ser positiva ou não, bem como a sabedoria reside em combinar setorialidade com intersetorialidade e não contrapô-la (SPOSATI, 2006, p.134).

Além de focalizar as questões acima, outra definição de intersetorialidade ressalta a relevância de se ter uma visão integral das necessidades sociais.

Articulação entre saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas. Supõe uma nova forma de gerenciar as cidades, buscando superar a fragmentação das políticas considerando o cidadão na sua totalidade (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997 *apud* JUNQUEIRA, 2000, p.42).

De acordo com Westphal e Mendes (2000), o debate acerca da intersetorialidade vai ganhando espaço na medida em que vão sendo incorporadas as estratégias do movimento “cidades saudáveis” à gestão de alguns municípios brasileiros como Fortaleza (CE) e Curitiba (PR) que soma-se, também, aos demais movimentos que ganharam destaque no final do século XX nas diferentes regiões do país e do mundo (como os de comunidades solidárias, cidades sustentáveis, cidades iluminadas e a Agenda 21), cujos objetivos levam em conta o desenvolvimento humano e sustentável, a integração social e a governabilidade.

O movimento por cidades saudáveis faz parte de um conjunto de políticas urbanas difundidas e implantadas pela ONU, especialmente, por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Centro das Nações Unidas para Assentamentos Humanos (HABITAT), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e do Fundo das Nações Unidas para a Criança (UNICEF), que buscam intervenções diretas, influenciando políticos e planejadores locais.

O levantamento bibliográfico sinaliza que alguns autores, como Inojosa (1998), Mendes (2006), Bronzo e Veiga (2007), Tumelero (2012), Faleiros (1990), Aldaiza Sposati (2006), Monnerat e Souza (2009; 2011), Comerlatto (2007) Junqueira e Komatsu (1999; 200),

dentre outros não mais e nem menos relevante, vêm adensando desde o final da década de 1990, alguns conceitos acerca da intersectorialidade, os quais se destacaram, principalmente, por serem pautados em experiências concretas como a de Fortaleza (CE) e São Paulo, no caso da estudiosa e ex-gestora Aldaíza Sposati. Ressalta-se ainda, que os autores supramencionados tiveram participação na gestão pública municipal. Sendo assim, dentre as constatações dos autores em questão, destacar-se-á:

Intersectorialidade é aqui entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. [...] visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social. Os conceitos de intersectorialidade e descentralização aproximam-se, na medida em que este último é compreendido como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos e o primeiro diz respeito ao atendimento das necessidades e expectativas desses mesmos cidadãos de forma sinérgica e integrada. [...] a articulação de ambos – descentralização e intersectorialidade, referidos ao processo de desenvolvimento social, constituem um novo paradigma orientador da modelagem de gestão pública (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997). Grifos nossos.

Nesta direção, nota-se que as construções teóricas formuladas na década de 1990 no âmbito da intersectorialidade estão intrinsecamente relacionadas à lógica de gestão das cidades pautada numa ótica de otimização de recursos materiais e humanos para o desenvolvimento urbano na perspectiva da administração pública. Nas produções recentes, diante do arcabouço normativo que permeia todo o rol de políticas sociais, há um esforço em analisar como as ações estão refletindo nas condições objetivas de vida da população, como por exemplo, uma criança ou um idoso com desnutrição grave, no qual há todo um contexto que possivelmente favoreceu este quadro: falta de alimentação adequada, falta de condições sanitárias, ausência de informação, habitação em condições precárias, falta de trabalho, ausência de postos de saúde e hospitais locais, etc. Mesmo as políticas sociais relacionadas aos fatores destacados contemplem em suas leis e diretrizes o direito de acesso aos bens e serviços/assistência, não é garantia que o problema de desnutrição daquela criança/idoso seja enfrentado pelo poder público.

A intersectorialidade “entra em cena” com a perspectiva de conjugar as políticas sociais, para que num dado espaço seja possível alcançar o indivíduo de forma totalizante e

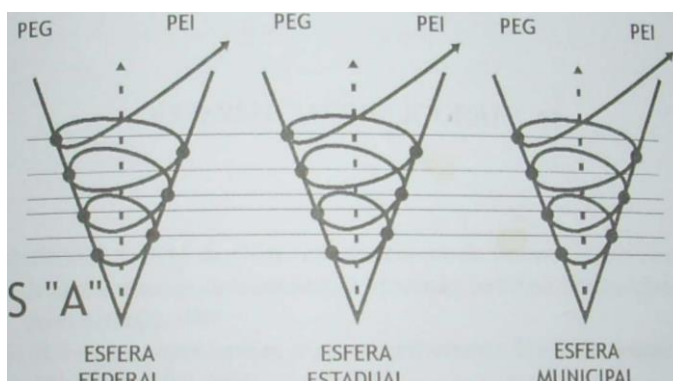
assim reproduzir ou generalizar a experiência para raios de abrangência maiores, fazendo com que a desnutrição seja vista por dentro e por fora, que seja uma pauta comum nas agendas do âmbito federal ao municipal.

Neste sentido, Monnerat e Souza (2010) colocam que,

A imersão neste cenário concreto de implementação da intersetorialidade evidencia, dentre outras questões mencionadas, que o governo estadual e o nível federal (embora haja avanços na formulação de programas federais com desenho intersetorial) ainda apresentam fraca sensibilidade para com as iniquidades geradas a partir da fragmentação e descoordenação de programas e políticas sociais. (MONNERAT; SOUZA, 2010, p.219).

Para Mendes (2006) e Fernanda Schutz (2010) as dificuldades de integração entre as políticas públicas são inúmeras, principalmente porque elas estão dispostas nas três esferas de governo e são setorizadas o que dificulta ainda mais a “articulação das políticas setoriais”, pois essa articulação depende a construção de uma integração em cada esfera de governo, o que é quase inviável pelas condições postas cotidianamente. Se faz necessário, portanto, que estas esferas dialoguem entre si, como bem colocam os autores supramencionados “[...] Políticas gestadas na perspectiva intersetorial na esfera federal tenderão a ter as mesmas dificuldades de operacionalização nos estados e municípios e irão perdendo a potência à medida que percorrem cada esfera. (Ibdem, 2006, p. 285)”, como aponta Mendes (2006) na ilustração (Figura 3) abaixo:

Figura 03: Esferas



Fonte: Elaboração de Andrade (2006), com base nas considerações finais de sua pesquisa, bem como estudos de Piaget (1971, 1975a e 1975b) e Campos (2000 e 2003)

Nesta perspectiva, a ênfase dada pelo autor aponta para o viés de que as práticas intersetoriais, especialmente, o envolvimento de cada setor pode contribuir de forma singular com seu fazer, numa perspectiva setorial, porém de maneira intrínseca e articulada, em busca de uma abordagem e atendimento conjunto dos problemas da população.

É notório que mesmo tenha havido alguns avanços na forma de pensar e construir as políticas sociais e programas governamentais a nível federal, a barreira da setorialização, que é inerente às condições sócio-históricas de surgimento da proteção social brasileira, é de difícil superação. Além dos fatores estruturais de ordem da gestão administrativa, há também o elemento cultural na gestão das políticas públicas.

Coadunando com esta perspectiva, Pereira (2012) ressalta que a intersectorialidade aparece também como “estratégia favorável ao exercício de intervenções sociais integrais”. Isto pode ser observado nas argumentações recorrentes de que é necessário construir a “intersectorialidade para compreender e considerar o cidadão em sua totalidade”. Em decorrência, apontam que são extensas as necessidades dos indivíduos, haja vista que tanto a pobreza quanto a exclusão são fenômenos multifacetados, e, portanto, não podem ser respondidas via ações setorializadas.

Tomando como base a experiência de descentralização das políticas sociais, é possível conjecturar que num país com estrutura federativa como o Brasil, a ausência de ingerência federal e estadual para a implantação da intersectorialidade tende a contribuir para o insucesso da proposta que vem tentando implementar. Contudo, vale ressaltar, portanto, que para implementar a intersectorialidade também depende de incentivos e de atitudes indutivas por parte do governo federal, de modo que as iniciativas isoladas no nível local não são suficientes. Neste aspecto, Mendes (2006) ressalta que:

[...] o reconhecimento de que a descentralização pode potencializar a integração das políticas e programas sociais, a intersectorialidade não pode se resumir à perspectiva de regionalização nem a simples articulação dos serviços. Diferentemente da descentralização, cuja demanda da população sobre os serviços locais contribui para a sua efetivação, a implantação da intersectorialidade requer grande esforço político de negociação de interesses e alcance de consensos políticos. Por isso, há que se pensar em mudanças de médio e longo prazo porque, acima de tudo, são reformas relativas à cultura organizacional da administração pública (MENDES, 2006, p.89).

Decerto, que Junqueira (1998) já pontuava que a intersectorialidade não deve ser entendida como uma “iniciativa isolada do nível local”. Isto é, ainda que o município tenha

um papel fundamental na implementação do processo de integração das políticas sociais, a intersetorialidade “deve ocorrer baseada em iniciativa conjunta dos três níveis de governo”. Não basta, portanto, que a iniciativa seja apenas de um ente governamental (qualquer que seja ele), visto que num país federativo como o Brasil, as políticas públicas percorrem todos os níveis de governo e são altamente setorializadas.

As questões elucidadas acima corroboram as dificuldades percorridas e, que ainda devem ser colocadas em curso, para o alcance da intersetorialidade de forma integral, já que é reproduzido no município toda fragmentação na gestão de cada política setorial em virtude das condições de implementação em que cada uma se encontra (JUNQUEIRA, 1998).

No que se refere a isso, cabe enfatizar que nem todas as áreas de política social estão no mesmo estágio de desenvolvimento do processo de descentralização (PEREIRA, 2012) e, por conseguinte, os serviços municipais também apresentam diferentes capacidades de atendimento, além disso, há a existência de padrões muito diversos de pactuação intergovernamental. Vê-se, então, com base na realidade exposta, que há importantes desafios postos à adequação da intersetorialidade. Acerca deste ponto Andrade (2006, p.280) destaca que:

[...]Há uma inquietação no interior do aparelho do Estado sobre como trabalhar com a complexidade. Sobre a intersetorialidade há um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridas pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias (ANDRADE, 2006, p.280).

Dessa forma, o autor chama atenção para os rumos da dimensão da intersetorialidade, ao sublinhar que a “tarefa é bastante audaciosa e a integração intersetorial desejada passa necessariamente pela construção criativa de um novo objeto de intervenção comum aos diferentes setores do Estado que lidam com as questões sociais”. Neste sentido, vale ressaltar que o ponto forte da proposta colocada pela autora Monnerat (2010) acerca da intersetorialidade é a

[...] possibilidade de se construir uma visão de complexidade dos problemas tendo como requisito o aporte de diferentes acúmulos setoriais. Trata-se, pois, de construir objeto e objetivos comuns, o que difere das propostas que se traduzem na mera sobreposição ou justaposição de ações setoriais (MONNERAT, 2010, p.280).

Entretanto, Andrade (2006) recomenda que a ação intersetorial “não elimina a importância da existência de espaços específicos de gestão das políticas setoriais” e, além disso, a adoção da perspectiva intersetorial tende a “favorecer que políticas e ações sejam contaminadas pela dinâmica de outros setores”.

Neste sentido, romper com os parâmetros que ao longo de décadas permeiam o modo como as políticas sociais são pensadas e operacionalizadas, constitui um grande desafio, pois além do peso que a cultura exerce a vontade política dos indivíduos também será crucial no processo de mudança. Desta forma, para Machado (2000, p. 1) disserta que:

[...] as práticas intersetoriais, por se pautarem em articulações entre sujeitos e setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversas se apresentam como uma nova forma de trabalhar e de construir políticas públicas. Estas políticas devem produzir efeitos mais significativos para as pessoas. Estas ações permitem certa superação da fragmentação de conhecimento e das estruturas sociais, apontando um novo arranjo para a intervenção e participação para resolução de questões amplas e complexas (MACHADO, 2000, p.1).

Em sua arguição, a autora defende que a intersetorialidade envolve a expectativa de maior capacidade de resolver situações, de efetividade e de eficácia, pois, em todas as experiências reconhece-se claramente que ela se constrói sobre a necessidade das pessoas e setores de enfrentar problemas concretos. Nesta direção, Machado (2000) ressalta que são as “questões concretas que mobilizam as pessoas; são elas que criam o espaço de interação e de ação”.

Para Bourguignon (2001), a “moderna gestão social” pauta-se, portanto, em princípios como a descentralização, participação social e intersetorialidade. A autora discorre sobre o conceito da intersetorialidade:

[...]intersectorialidade é a articulação entre as políticas públicas através do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas a proteção, inclusão e promoção da família vítima do processo de exclusão social. Considera-se a intersectorialidade um princípio que orienta as práticas de construção de redes municipais (BOURGUIGNON, 2000, p.4).

De acordo com as análises de Bourguignon (2001), tradicionalmente as políticas públicas básicas (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer, trabalho, etc.)

são setoriais e desarticuladas, apontando para uma gestão com características centralizadoras, hierárquicas, deixando prevalecer práticas na área social que não geram a promoção humana.

Além disto, é perceptível que cada área da política pública tem uma rede própria de instituições e/ou serviços sociais. Corroborando com esta colocação da autora, exemplificamos a Assistência Social que possui um conjunto de entidades estatais e filantrópicas que prestam serviços na área de forma paralela as demais políticas e muitas vezes atendendo aos mesmos usuários.

Bourguignon (2001) sublinha que esta forma de gestão das políticas públicas gera fragmentação da atenção às necessidades sociais, paralelismo de ações, centralização das decisões, informações e recursos, rigidez ao que se referem às normas, regras, critérios e desenvolvimento dos programas sociais, divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, unidade, instituição ou serviço participante da rede, fortalecimento de hierarquias e poderes políticos/decisórios e fragilização do usuário – sujeito do conjunto das atenções na área social.

Ao empreender esta dimensão, Junqueira (1998) visualiza na intersectorialidade a superação da fragmentação das políticas públicas, de modo que a população seja pensada em sua totalidade, nesta perspectiva, ele destaca que a intersectorialidade

[...]não é um conceito que engloba apenas as políticas sociais, mas também sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura e ambiente, que também determinam sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (JUNQUEIRA, 1998, p.15).

Destarte, ao se debruçar sobre o tema ora abordado, Pereira (2012) reitera que o termo da intersectorialidade não tem sido

[...] desenvolvido com precisão. O elemento comum que une a esmagadora maioria dos intentos de demarcá-lo conceitualmente é o da superação não propriamente da idéia de setorialidade, mas da desintegração dos diferentes setores, que compõem um dado campo de conhecimento e ação, e do conseqüente insulamento de cada um deles. De acordo com esse procedimento, a noção de “setor” é ponto pacífico e, portanto, permanece intacta, principalmente quando se fala de políticas públicas e, dentro destas, das políticas sociais. Isso porque, se convencionou achar que tais políticas são dívidas em “setores” (PEREIRA, 2012).

Por outro lado, Inojosa (2001, p.105) apresentou uma discussão importante ao analisar a intersectorialidade e a transdisciplinaridade, ou seja, teceu reflexões relevantes sobre a complexidade e diversidade das necessidades sociais e o modo separado, isolado com que as questões públicas têm tentado responder, em especial, as necessidades de prover a qualidade de vida e superar as facetas da questão social.

2.2 Intersectorialidade como princípios de trabalho em redes

Na discussão da intersectorialidade, identifica-se também a temática das redes, como já apontamos no início desse capítulo, ela constitui em uma das vertentes apontadas pelos autores que estudam o tema da intersectorialidade. Observa-se que na abordagem das redes sociais emergem conceitos com distintos enfoques. Diante disso, faz-se a seguir uma aproximação destas contribuições tendo em vista as diversas formas de abordagem dos autores.

Em diversas ciências, a categoria rede vem sendo utilizada com diferentes sentidos conforme a teoria que as articulam. Na ciência da Administração, o termo rede foi aplicado para analisar as redes organizacionais, empresariais e de controle, no setor de gestão e planejamento. Na ciência da Economia, a mesma adquiriu a noção na esfera do mercado de produção e consumo. Na ciência da informática, as novas tecnologias estão integrando o mundo, em redes globais de instrumentalidade. Segundo Castells (2005, p.386), “a comunicação mediada por computadores gera uma gama de comunidades virtuais” estas se expressam como um novo paradigma da tecnologia da informação, que irá penetrar em toda a estrutura social construída a partir de redes como sistemas abertos, dinâmicos, suscetível de inovação, sendo assim conhecida como redes sociais tecnológicas.

Na Antropologia, a corrente estruturalista teve seus primeiros estudos nas décadas de 1950 e 1960, quando a rede é entendida como campo de análise da estrutura social, contrapondo as formas vigentes de posição hierarquizadas das coisas. Em uma abordagem sociológica, a rede aponta para um movimento social de interações informais entre indivíduos. Os antropólogos estavam interessados nas redes sociais para explicar o comportamento que não podia ser explicado por um paradigma teórico estrutural-funcionalista, o qual mostra a existência de uma rede ativa de instituições que permitia dar conta da vida social do indivíduo.

Aos poucos, a categoria rede vem se tornando elemento estratégico nas ações desenvolvidas pelas políticas públicas como alternativa de gestão das demandas oriundas da população.

Seu conceito absorve diferentes sentidos que estão interligados a antigos processos de organização social. Neste sentido, buscamos desmistificar sua abordagem em sua vinculação nos espaços de ação das políticas públicas, em especial, na saúde e na assistência social.

O significado etimológico da palavra deriva do latim *retis* e significa entrelaçamento de fios com coberturas regulares que formam uma espécie de tecido, malha. No dicionário da língua portuguesa, a rede está associada à noção de fios, cordas, entrelaçamento, fixados em malha que formam como que um tecido comum (AURÉLIO, 1997, p.406), indica fluxo, movimento que gere aproximação com as mais variadas áreas de conhecimento. Para Junqueira (1998, p.96), rede “é uma proposta de ação, um modo espontâneo de organização em oposição a uma dimensão formal e instituída”.

Nesta perspectiva, Rede é um conjunto de relações que constitui uma estrutura no interior da qual cada nó ocupa uma posição com características específicas. Assim,

[...] rede é parceira voluntária para a realização de um propósito comum. Implica, nesse sentido, a existência de entes autônomos que, movidos por uma ideia abraçada coletivamente, livremente e mantendo sua própria identidade, articulam-se para realizar objetivos comuns. As redes se tecem através do compartilhamento de interações e sentidos e da realização de ações articuladas pelos parceiros” (INOJOSA, 1998, p. 1-2).

Já para Castells (2005, p.566), sua definição estabelece “[...] um conjunto de nós interconectados e que os nós dependem do tipo de rede”.

Encontramos, no arcabouço da literatura, distintas definições de rede, sua terminologia “no plural ou no singular, é usado para definir sistemas que se encontram conectados, malhas de comunicação, estratégias empregadas por indivíduos ou a “forma” das relações sociais” (SANICOLA, 2008, p.13).

Conforme estudo trazido por Castells (2005), a sociedade atualmente apresenta tendência em se organizar através de redes.

[...]o estudo sobre as estruturas sociais emergentes nos domínios da atividade e a experiência humana leva a uma conclusão abrangente: como tendência histórica, as funções e os processos dominantes na era da informação estão cada vez mais organizados em torno de redes. Redes constituem a nova morfologia social de nossas sociedades e a difusão da lógica de redes modifica, de forma substancial, a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura. Embora a forma de organização social em redes tenha existido em outros tempos e espaços, o novo paradigma da tecnologia da informação fornece a base material para sua expansão penetrante em toda a estrutura social (CASTELLS, 1998, p. 565).

As redes, enquanto categoria de análise, ganharam centralidade nas ciências sociais a partir de 1990, também foram incorporadas como ferramenta de trabalho nas instituições públicas para intervenção no espaço comunitário. Essa forma de organização trás uma nova forma de gerenciar respostas às demandas colocadas nos territórios em que a população vive. Francisco Whitaker (1998) lembra que a estrutura em rede surge em contraposição à estrutura vertical, permitindo a horizontalidade das relações entre os membros:

[...] O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que pode se espalhar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais. Não há um “chefe”, o que há é uma vontade coletiva de realizar determinado objetivo (WHITAKER, 1998, p.01).

Diferentemente do sistema institucional rígido e hierárquico, as redes supõem uma estrutura extensa e horizontal, em que as relações intersetoriais adquirem potencial estratégico na administração pública.

Diante desta realidade, essa teia simbólica da rede contribui para a compreensão e análise de uma das formas, como os indivíduos, grupos e organizações podem estabelecer relações mais cooperativas entre si. Tanto quando consideramos a rede como representação organizacional, como quando a pensamos do ponto de vista das relações de apoio mútuo, articuladas por meio das relações de parentesco, amizade ou vizinhança, a base da atuação em rede é a construção da confiança entre os participantes. Como aponta Guará (2009, p.04) “[...] Construir redes significa apostar em relações humanas articuladas entre pessoas e grupos que, no debate das diferenças, possam ajustar intenções mais coletivas e produtivas para todos”.

Para tanto, essa visão de que as redes são construídas a partir das relações humanas vem desde o primeiro momento, em que a academia se aproxima da temática e inicia seu estudo teórico sobre redes, tendo como campo de análise o habitat dos indivíduos. Pois sua égide tem por base o cotidiano dos indivíduos, sua forma de viver e se relacionar. Daí essa ligação de que a utilização da categoria rede se processa nas relações pessoais e humanas. Segundo Marteleto (2001),

[...] hoje o trabalho em rede é uma forma de organização humana presente em nossa vida cotidiana e nos mais diferentes níveis de estruturação das instituições modernas. O estudo das redes coloca assim em evidência um dado da realidade social contemporânea que ainda está sendo pouco explorado, ou seja, de que os indivíduos, dotados de recursos e capacidades propositivas, organizam suas ações nos próprios espaços políticos em função de socialização e mobilização suscitada pelo próprio desenvolvimento das redes (MARTELETO, 2001, p.72).

Neste sentido, o trabalho em rede deve promover a interligação com outros atores e instituições de maneira espontânea e compartilhada, uma vez que na tipologia da rede “[...] não existe centro, mas apenas nós de diferentes dimensões e relações assimétricas, [...] onde todos os nós são necessários para existência da rede” (CASTELLS, 1998, p.11).

Notadamente, na conjuntura histórica do século XXI, em que a realidade econômica, social e política determinam novas formas de intervenção que possibilitem compreender os problemas sociais, a tomada do “conceito de redes se transformou em possibilidade de estruturação das organizações que possibilita responder às demandas com flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas de atuação e articulação social” (GIAQUETO, 2003, p.9).

Nesta direção, o uso das redes, paulatinamente, passou a ter valor operacional como elemento estratégico de intervenção na gestão das políticas sociais, essa forma de agir irá absorver sentidos que buscam romper com as formas particularizadas nos serviços públicos.

Partindo dessa discussão, as **Redes Intersetoriais** são aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

No âmbito das Redes e das Políticas Públicas, destacar-se-á a gênese do Estado brasileiro que é marcada pela presença de colonizadores portugueses, estes que trouxeram como consequência uma estrutura administrativa baseada na ordem da Coroa. Esta estrutura, por sua vez, criou uma ordem vertical na administração pública colonial, mediante uma constelação de cargos que realizava as tarefas públicas sem o controle do Estado.

Desta feita, delimita que do período colonial até o período da ditadura militar, a institucionalização da administração pública se dava numa perspectiva patrimonialista. Com o avanço da modernização, a gestão pública na república populista irá iniciar, timidamente, uma gestão técnico-burocrática, semente que irá dar origem à construção do modelo gerencial. Todavia, a partir da segunda metade da década de 1980, do século XX, ocorreu uma radical transformação na trajetória histórica do Brasil. Desponta-se um abrangente processo de mudanças com seus devidos desdobramentos nas esferas econômicas, sociais e políticas e que atingiram sobremaneira a dinâmica social e suas correspondentes contradições.

O Estado, por sua vez, assumiu uma posição desenvolvimentista, com vértice na dinâmica do capital, cedendo sua mão para o mercado como a instância societal mediadora do Estado Mínimo, em contraposição aos apontamentos do liberalismo clássico. Essa união rompeu com a ideia do nacionalismo e entrou em cena uma nova cartilha em que constavam lições modernas que evocavam conceitos como desestatização, reinserção no sistema internacional, abertura da economia, desregulamentação e privatização.

O alinhamento com as determinações da ordem econômica globalizada passou a ser, portanto, a meta maior do Estado no sentido de colocar o Brasil na corrida para o desenvolvimento nos moldes neoliberais.

A gestão pública, na década de 1990, opera mudanças em sua forma de gerencialismo do aparelho estatal, nesta década temos o esforço de materializar a então Constituição Federal de 1988, que vem regular o processo de descentralização político administrativa dos entes federados, sendo este processo um divisor de águas na execução das políticas sociais, especialmente na política de saúde e da assistência social.

Para Almeida (2000, p.07), “a descentralização foi antes de tudo um processo reativo, que um projeto concertado entre as três esferas, a partir de uma concepção clara de reforma de Estado”.

Todavia, cabe ressaltar que, outros aspectos tiveram destaque com a Constituição Federal de 1988, destes, a extensão dos direitos e sua materialização em políticas sociais universalizantes, a descentralização fiscal e a criação de novos espaços institucionais de

participação com o poder deliberativo. Estas conquistas não podem ser esquecidas, pois resultaram de disputas e conflitos de interesses que expressavam a necessidade de respostas às mãos diversas e complexas demandas da sociedade.

Segundo Souza (2003), não existe uma única nem melhor definição para política pública. Contudo, para alguns estudiosos a concebem como um campo de estudo da política que analisa o governo à luz das questões públicas. Outros, como um conjunto específico de ações do governo ou ainda, como o que um determinado governo decide ou não fazer. Temos também, definições que a compreendem como a responsável pela “solução de problemas” o que, por sua vez, é fortemente rebatido por seus críticos, por identificarem nesta concepção o abandono do que é essencial na discussão das políticas públicas.

Já Pereira (1996, p.130), define como “uma linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei”, e que vê o Estado como o responsável por sua concretização, com nítida interferência do poder local.

Então, o processo de modernização do estado pela via da descentralização impulsionou a máquina Estatal para uma reforma administrativa, esta começou a ser implantada através de um “Plano Diretor” que fora redigido pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, este destacou a defesa para o chamado “modelo gerencial”.

Para Paula Paes (2005), a origem da vertente gerencial está relacionada ao intenso debate sobre a crise de governabilidade e credibilidade do aparelho estatal, assim esse movimento ganhou força pelas severas críticas ao modelo nacional-desenvolvimentista, patrimonialismo e autoritarismo do Estado brasileiro. Isso posto, foi um impulso para a emergência de um consenso político de caráter liberal, que tem como pano de fundo as estratégias neoliberais de estabilização econômicas orientadas pelo mercado.

Com o Estado Gerencial, novas formas de gestão pública vêm incorporar as estratégias de operacionalização do processo de descentralização do Estado, *o trabalho em rede tem sido um exemplo disso*, no qual é solicitado para contribuir na melhoria da capacidade do âmbito estatal na gestão de políticas públicas.

Para Bonfim (2009),

[...] a descentralização das políticas públicas significou uma mudança de uma forma de federalismo centralizado no qual os estados e municípios eram uma espécie de “agentes administrativos” do governo central, para um arranjo federativo cooperativo, caracterizado pela autonomia decisória dos governos subnacionais (BONFIM 2009, p. 28-29).

Segundo Scherer-Warren (1999, p.33), há três fatores determinantes para a utilização das redes sociais nas políticas sociais públicas:

- ✓ A democratização dos países latino-americanos, que permitiu a proliferação das organizações sociais e a reivindicação de maior participação do Estado na gestão das políticas públicas;
- ✓ O desenvolvimento tecnológico das redes informatizadas que viabilizou a comunicação inter-organizacional de forma cada vez mais ágil e;
- ✓ O movimento internacional de estímulo à formação de redes setoriais, transregionais e transnacionais (SCHERER-WARREN, 1999, p.33).

Tais fatores impulsionaram o Estado a adotar formas mais ampliadas de gestão públicas sob o viés da articulação político-administrativa, seguindo dessa forma uma estrutura proposta de redes. Não que seja uma forma que vai garantir a segurança no acesso aos direitos sociais então conquistados, mas uma possibilidade de “aperfeiçoar quanto reduzir a eficiência e a legitimidade da formulação das políticas” (BORZEL, 2008, p.218).

Na gestão intergovernamental é vista como um tópico emergente de junção das disciplinas de política e administração²⁸ (MARANDO e FLORESTANO, 1990), como um modelo estratégico de gestão de políticas (MANDELL, 1990) ou ainda como um novo modelo de governança que envolve os níveis local e global (RHODES, 1986).

No entanto, os autores citados, advertem que não há concordância entre os estudiosos em relação ao poder teórico do conceito de redes, visto por alguns como uma metáfora para demonstrar que as políticas públicas envolvem multiplicidade de atores diversos, já outros o aceitam como uma ferramenta analítica valiosa para o estudo das relações entre atores e poder público, enquanto um outro grupo de autores entendem as redes de políticas como um método de análise da estrutura social.

Todavia, Bourguignon (2001) aborda intersetorialidade como princípio, que deve nortear a construção de redes intersetoriais, de modo a forjar novos direcionamentos para as

²⁸ De acordo com Börzel (1997) todas as disciplinas que trabalham com as redes de políticas compartilham um entendimento comum no qual elas são vistas "como um conjunto de relações relativamente estabelecidas, de natureza não hierarquizadas e independente, que vinculam a uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em referencia a uma política, e que trocam recursos para perseguir seus interesses compartilhados, admite-se que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns".

ações das políticas públicas voltadas para família, criança e adolescentes. Em sua opinião a intersectorialidade.

Trata-se da articulação entre as políticas públicas através do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas a proteção, inclusão e promoção da família vítima do processo de exclusão social. Considera-se a intersectorialidade um princípio que orienta as práticas de construção de redes municipais (BOURGUIGNON, 2001).

Para a autora mencionada acima, o termo “rede” sugere a ideia de “articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal”.

Por outro lado, as transformações recentes no papel do estado e em suas relações com a sociedade, impõem novos modelos de gestão que comportem a interação de estruturas descentralizadas e modalidades inovadoras de parcerias entre entes estatais e organizações empresariais ou sociais (TEIXEIRA, 2002, p.01).

Já para Schütz e Miotto (2010, p.25) as redes sociais, na perspectiva apontada por Bourguignon (2001), são consideradas como alternativas no “enfrentamento das expressões da questão social”. Além disso, também o são vinculadas a ideia conhecimento da realidade local e de cultura. Pressupõe, portanto, o fortalecimento da

[...] sociedade civil organizada, preparada para uma ação participativa frente a administração pública. Diante desta importância, classifica as redes sociais que se dão no espaço local, as quais são: rede social espontânea; redes sócio – comunitárias; rede social movimentalista; redes setoriais públicas; e redes de serviços privados (GUARÁ *et al.*, 1998 *apud* SCHÜTZ, 2010, p.26).

Frente a esta postulação, as autoras acrescentam duas redes que em sua opinião devem, obrigatoriamente, estar ou serem articuladas as redes sociais desta classificação. Estas redes, são as redes regionais e as redes intersectoriais. As primeiras são formadas pela

articulação “entre serviços em diversas áreas da política pública e entre municípios de uma mesma região”. As segundas se constituem da articulação do “conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizado socialmente²⁹”.

Deste modo, Sposati (2009, p.45) aponta que a intersectorialidade pressupõe um princípio organizativo, portanto, “é tão substantiva para a assistência social como o é para as demais políticas, ao se considerar que nenhuma delas guarda resolutividade plena em si mesma”. Por ser um modelo que reflete racionalidade interna de ação, não deve ser confundido com o modo de relações políticas, mas sim uma construção para o desenvolvimento social, enfrentamento da pobreza. A autora supracitada, destaca três pontos essenciais para compreensão e execução da intersectorialidade que está posto nos princípios organizativos do SUAS, porém se aplica as demais políticas, a saber:

- ✓ Sistema de gestão de relações interinstitucionais, intersecretarias, intermunicipais, metropolitanas, através de ações complementares, protocolos, convênios, fóruns de gestão, mecanismos de responsabilidade social, intercâmbio de práticas e recursos;
- ✓ Articulação interinstitucional entre competências e ações com os demais sistemas de defesa de direitos humanos, em específico com aqueles de defesa de direitos de crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, mulheres, negros e outras minorias; de proteção às vítimas de exploração e violência; e a adolescentes ameaçados de morte; de promoção convivência familiar;
- ✓ Articulação intersectorial de competências e ações entre SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas ruas.

A integração entre as políticas públicas é um imperativo para a materialização dos direitos sociais. Estes se referem pela provisão das necessidades sociais por um sistema de proteção social por parte do Estado. Os direitos sociais contêm, portanto, a “[...] ideia de que as dificuldades enfrentadas pelos homens serão assumidas coletivamente pela sociedade, com

²⁹ Bourguignon (2001) demonstra que estes dois tipos de redes são extraídos do Núcleo de Estudos da Família Criança e Adolescente da UEPG – Ponta Grossa/Pr.

supremacia da responsabilidade de cobertura do Estado, que deverá criar um sistema institucional capaz de dar conta dessas demandas” (COUTO, 2004, p.183).

Para Teixeira (2002) a criação e manutenção da estrutura de redes impõe desafios:

[...] administrativos fundamentais, vinculados aos processos de negociação e geração de consensos, estabelecimento de regras de atuação, distribuição de recursos e interação, construção de mecanismos processos coletivos de decisão, estabelecimento de prioridades e acompanhamento (TEIXEIRA, 2002, p.02).

Dito de outra forma, requer que os processos de decisão, planejamento e avaliação ganhem novos contornos e requerem também outra abordagem, quando se trata de estruturas gerenciais policêntricas.

De acordo com Moura (1997), a abordagem de redes, como “expressão dos novos arranjos organizacionais que emergem na atualidade”, indica o esgotamento da capacidade de integração das “instituições representativas tradicionais, da eficácia das organizações burocráticas e do modelo de planejamento centralizado”.

Teixeira (2002) esboça outra possibilidade de compreensão das redes, na qual nos remetem a analisar, em específico, dois casos:

- ✓ À dicotomia entre aqueles que privilegiam as transformações na sociedade e sua capacidade de mobilização e;
- ✓ Aqueles que enfatizam as mudanças no estado e na gestão das políticas públicas (TEIXEIRA, 2002, p.26).

Considerando o primeiro caso, este que está abordado, de acordo com Jacobi (2000, p. 156) na perspectiva “societária e mobilizatória”, para o qual as redes fortalecem-se como atores políticos transnacionais na defesa de políticas públicas e “representam a capacidade de os movimentos sociais e organizações da sociedade civil explicitarem sua riqueza intersubjetiva, organizacional e política e concretizarem a construção de intersubjetividades planetárias, buscando consensos, tratados e compromissos de atuação coletiva”.

Para o mesmo autor as redes se inscrevem numa lógica que demanda “articulações e solidariedade, definição de objetivos comuns e redução de atritos e conflitos, horizontalizam a

articulação de demandas e se servem das modernas tecnologias de informação para disseminar seus posicionamentos” (JACOBI, 2000, p.134).

Loiola e Moura (1996) resumem a contribuições teóricas das abordagens sobre o tema da intersectorialidade enquanto redes, apontadas por diferentes atores, ao afirmar que permitem superar as limitações das abordagens atomistas e mesmo sistêmicas das organizações por perceber os atores/agentes em suas interações, ou seja, a dinâmica do processo, quebrando as divisões artificiais entre ator e estrutura e ambientes interno e externo.

2.3 A intersectorialidade na agenda política da saúde

Faz-se necessário ampliar o conhecimento acerca da intersectorialidade, para tanto, é preciso refletir como esta temática tem sido assumida no âmbito da política social, especialmente, no âmbito da Política de Saúde. Sublinha-se que algumas políticas sociais, trazem atualmente em suas agendas a proposta da intersectorialidade. Entre elas estão a política de Saúde e de Assistência Social, as quais deixam evidente a necessidade de concretizar a proteção integral, que informa o sistema de Seguridade Social brasileiro. Sendo, portanto, a partir dessa leitura que, optou-se por abordar especificamente, a intersectorialidade no âmbito da política de saúde.

Há na literatura, uma vasta e densa produção no campo da saúde coletiva que articula o uso da intersectorialidade como busca da resolutividade das demandas em saúde, tendo como parâmetro a promoção da saúde e o conceito do processo saúde-doença resignificado pela Organização Mundial da Saúde em 1948.

Para Monnerat (2009, p.17) o tema da intersectorialidade se assenta no âmbito da política de saúde no Brasil após perceber que o que foi proposto para o SUS, mesmo após duas décadas, até o momento não foi concretizado e que há uma necessidade perene em lançar estratégias de enfrentamento de problemas complexos que assolam o país.

[...] a questão da intersectorialidade se coloca como questão premente na agenda da saúde hoje em função do reconhecimento, após duas décadas de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), de que a ação fragmentada reduz as possibilidades de enfrentamento de problemas complexos como a persistência da pobreza, das desigualdades sociais e das iniquidades de saúde existentes no país.

De acordo com Nobre (2003), em 1978 a intersetorialidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma estratégia para atingir “saúde para Todos no Ano 2000”. Nas últimas duas décadas o debate sobre promoção da saúde enfatiza as propostas das “cidades saudáveis, das políticas públicas saudáveis e da ação intersetorial” (TEIXEIRA; PAIM, 2002).

No Brasil, esses temas são absorvidos e difundidos no contexto de reforma sanitária e de implementação de mudanças de políticas de saúde e reorganização da gestão dos serviços de saúde.

Nobre (2003) ressalta ainda que a necessidade de ações intersetoriais também foi apontada pelo conjunto da sociedade representadas pelos delegados da 11^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, em Brasília/DF, esta teve como primeiro ponto de pauta de defesa em sua agenda, a efetivação do SUS e do controle social, a saber:

[...] a melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

Na supramencionada Conferência, em seu relatório final, destacar-se-á o item “C” intitulado “determinantes das Condições de saúde e Problemas prioritários no país” no qual tem-se a seguinte medida:

C) Articular os vários setores e órgãos do governo, promovendo políticas integradas e privilegiando o financiamento das políticas sociais, de forma a potencializar a qualidade de vida da população, o que só poderá ser viabilizado com a mudança do modelo econômico. [...] **A intersetorialidade** e a regionalização são fundamentais para superar a verticalização, desarticulação, fragmentação e pulverização das políticas sociais que melhoram a qualidade de vida das pessoas, e deve ser priorizada a articulação entre as políticas de educação, habitação, emprego e renda, saneamento básico e meio ambiente, imprescindíveis para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. A implementação de políticas intersetoriais deve ser realizada, em âmbito local, sob a concepção de municípios e ambientes saudáveis, com estratégias que estimulem a promoção da saúde e organizem a atenção por meio da articulação, na ponta, das ações de vários órgãos de governo (11^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

Nesta direção, a intersetorialidade debatida na 11^a Conferência Nacional de Saúde (2001) é refletida na visão atual do Ministério de saúde (MS) colocando a intersetorialidade como uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a “superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas”. Tem, portanto, como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. Desta forma, a intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a intersetorialidade permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que as ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como educação, trabalho e emprego, habitação, cultura, segurança alimentar, assistência social, e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, para o MS, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismo de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre a qualidade de vida e saúde de que dispõem.

Desse modo, após as pesquisas bibliográficas, percebe-se que a intersetorialidade vem sendo utilizada há pelo menos três décadas nos textos de organismos internacionais, como o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). No entanto, a intersetorialidade ao partir para o plano da execução das políticas sociais encontra limites, isto porque as estruturas de gestão de cada política possuem suas particularidades e se fecham dentro dos seus processos de organização.

Inicialmente, vale explicitar, que a intersetorialidade vem sendo articulada não só ao trato das políticas públicas. Percebe-se que seu uso percorre atualmente desde as agendas político-partidárias, tecendo análises sobre os processos de trabalho e particularmente no contexto de planejamento e gestão das políticas públicas, em que sua utilização insurge como tentativa de superar as contradições inerentes ao modelo injusto e desigual de desenvolvimento social.

Situando o debate acerca da intersetorialidade no âmbito da política de saúde, Bredow e Dravanz (2010), ressaltam que a intersetorialidade é uma estratégia complexa, cujo resultado na gestão de um município é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas, partindo do princípio do diálogo entre os seus executores e gestores. Para as autoras citadas acima, a intersetorialidade tem como desafio “articular diferentes setores na resolução de problemas cotidiano da gestão, tornando-se um mecanismo para a garantia do direito de acesso à saúde”, já que esta é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida, conjugando também a intersetorialidade às categorias de “rede” e integralidade.

Para tanto, na área de saúde, a intersetorialidade se vincula ao conceito ampliado de saúde, uma vez que não é possível promover a saúde sem suprir uma gama de necessidades sociais (saneamento, alimentação, lazer, educação, etc.), conforme aponta Andrade (2006, p. 50) “em suma, a saúde não é apenas assegurada pelo setor de saúde”. Portanto, o Ministério da Saúde (2006, p.11), reconhece e também situa a intersetorialidade como desafio para o setor de saúde. Além disso, enxerga a possibilidade, a partir da intersetorialidade, do comprometimento dos diferentes setores para com a saúde.

[...] a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de coresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem [...]. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 10-11).

Neste sentido, Schutz e Mioto (2010, p.68), colocam que é perceptível a estreita “relação entre a concepção de intersetorialidade e o desenvolvimento do conceito de promoção da saúde, nos marcos da determinação social do processo saúde/doença”.

Neste aspecto, tendo em vista este cenário, para Berlinguer (1999 *apud* KRÜGER, 2005), a saúde tem um

[...]valor intrínseco e instrumental (como base de autodeterminação) e é também um dos melhores indicadores para medir como os outros direitos humanos têm sido protegidos ou promovidos, mais que isso, a afirmação ou a negação do direito à saúde envolve quase todos os outros direitos (BERLINGUER, 1999 *apud* KRÜGER, 2005 p.72).

Corroborando com esta perspectiva, Buss (2003), ilustra o significado de promoção a saúde:

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. Ela surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde (BUSS, 2003, p.15).

Deste modo, a discussão pautada em âmbito internacional tem eco no Brasil com o Movimento da Reforma Sanitária. A produção deste se materializa na garantia da saúde como direito, na Constituição de 1988 e na implementação do Sistema Único de Saúde. Tal postulação situa saúde como direito indispensável, que patenteia a intervenção do Estado enquanto provedor deste direito (SCHUTZ e MIOTO, 2010, p. 69).

Com a Constituição Federal de 1988 (CF/88), os preceitos democráticos como participação cidadã, descentralização e universalidade ganham espaço nos debates e no desenvolvimento das políticas públicas. Afinal, a partir deste momento, novos valores democráticos passavam a balizar todo o sistema de proteção social brasileiro. Trazendo à tona discussões como a intersetorialidade no âmbito das políticas sociais nas décadas seguintes, como Schutz e Mioto (2010), pontuam:

A Constituição de 1988 pautada na concepção de Estado democrático de direito trouxe idéias promissoras para o campo da política social brasileira. Nela se observa um grande avanço na possibilidade de estender, de forma articulada, os direitos sociais e fazer frente às enormes desigualdades sociais presentes no país. Nesse escopo, foi concebida a seguridade social 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” (SCHUTZ e MIOTO 2010, p. 65).

Deste modo, Couto (2004) corrobora com as autoras citada acima, afirmando que

[...] pela primeira vez um texto constitucional afirmativo no sentido de apontar a responsabilidade do Estado na cobertura de necessidades sociais da população e, na sua enunciação, reafirma que essa população tem acesso a esses direitos na condição de cidadão (COUTO, 2004, p.161).

Neste sentido, nota-se, para que os autores apostam nas premissas da CF de 1988, que a ideia de proteção integral postulada na referida constituição, tem-se constituído em uma meta a ser perseguida e defendida por todos que compartilham do mesmo pensamento de proteção integral, isto é, na pressuposição de políticas sociais articuladas intersetorialmente para a consecução da proteção integral. Assim, a promulgação desta Constituição coloca, portanto, a política de saúde frente ao, que Andrade (2006) denomina, de “*dilema da intersetorialidade*”, uma vez que esta proposta deve ser concretizada em um ambiente historicamente setorial.

De acordo com Vieira (2006, p.20), a política de saúde do país traz à tona a “a necessidade de ações internas e externas ao setor da saúde, efetivadas de forma transversal e intersetorial entre as diversas políticas públicas”. Nesta direção, e partindo do contexto acerca do debate sobre a promoção da Saúde e desenvolvimento local, os autores Bodstein e Zancan (2001 *apud* MONNERAT, 2009), entendem a intersetorialidade como:

[...] entendemos o componente intersetorialidade como parte do reconhecimento de que a intervenção sobre os problemas de saúde requer um campo de abordagem mais amplo. Assim, a idéia de atuar sobre os determinantes das condições de vida é comum tanto aos objetivos do PBF quanto às proposições dos estudiosos e profissionais da saúde pública, notadamente aqueles vinculados à perspectiva da Promoção da Saúde (BODSTEIN e ZANCAN 2001 *apud* MONNERAT, 2009, p. 20).

Deste modo, a intersetorialidade é, portanto, uma proposta desafiadora para área da saúde e que, segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 1999):

[...] demanda da área de saúde não somente iniciativa, mas sobretudo receptividade. É necessário responder a convocações de outros setores e/ou contribuir na ação de instâncias de ação intersetorial, onde se abordem os problemas da população através de ações que sejam baseadas em um pensamento intersetorial e se obtenha uma coordenação intersetorial para concretizar projetos intersetoriais (OPAS, 1999, p.28).

Assim, na medida em que o poder público internaliza modelos de gestão pautados no gerenciamento de resultados, há uma crescente especialização da administração pública. No sentido de que tendencialmente tem-se uma atenção voltada para os indicadores sociais, ou seja, os números, em detrimento do real impacto do conjunto de políticas sociais na vida dos cidadãos.

É nesta direção que para Mioto e Nogueira (2006) a intersetorialidade constitui um pilar estruturante da Integralidade, obtendo espaço nas discussões e atos normativos em torno da saúde pública, haja vista a NOB 96 e o Pacto pela Saúde³⁰. Destaca-se que, por ocasião do Pacto pela Saúde, é publicada, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, com objetivo de otimizar os serviços e a gestão do SUS.

Neste documento, declara-se que o modelo biomédico é insuficiente para dar conta dos determinantes mais amplos do processo saúde-doença. Reconhece-se que a saúde é determinada pelos modos de produção em determinados contextos históricos. Neste âmbito, a Política Nacional de Promoção da Saúde ressalta a que a produção da saúde necessita da “[...] ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde” e “[...] exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde”. Situa-se a intersetorialidade como desafio para o setor de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.11).

E ainda: visualiza-se na intersetorialidade a possibilidade de comprometimento dos diferentes setores com a questão da saúde. Define, então, a intersetorialidade como uma:

³⁰ Nesta perspectiva, o Pacto pela Saúde enfatiza da regionalização no sentido de promover ações intersetoriais na saúde. A perspectiva é que um local pode oferecer o atendimento ou um serviço que outro possui e não consegue suprir, sempre numa relação de complementaridade. Ou seja: se um município não possui serviço de quimioterapia, ele pode ser subsidiado neste serviço por outro município. Esta relação pode se dar no espaço intra-municipal, intermunicipal, intra-estadual, interestadual e internacional. (CENTRO DE EDUCAÇÃO E ACESSORAMENTO POPULAR, 2007, p. 20).

[...] articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de coresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem [...]. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes. ((MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 10-11).

Em síntese, o debate em torno da produção social da saúde demonstra a incapacidade do modelo de saúde, exclusivamente biomédico e vincula a relação entre o conceito ampliado de saúde e a intersetorialidade.

Nesta direção, coloca-se que, no enfrentamento da desigualdade social, a intersetorialidade como uma das estratégias de superação da pobreza (SPOSAT, 2004; CARNEIRO, 2005). Isso porque a multicausalidade e a multidimensionalidade da pobreza, segundo Carneiro (2005, p.79), “exigem políticas diversificadas, com as quais as famílias possam contar nas diversidades de situações de vulnerabilidade”. Para a autora é necessário, neste sentido, articulação entre políticas compensatórias, de curto a médio prazo, e políticas estruturais. E ainda:

Para serem efetivos, as políticas e os programas devem evitar a abordagem tradicional – setorializada e residual – e adotar necessariamente o modelo intersetorial de intervenção, em que a dimensão assistencial possa apoiar e se apoiar no acesso as outras políticas sociais (CARNEIRO, 2005, p.79-80).

Sposati (2004) destaca que esta discussão incide em promover a intersetorialidade na produção de informações e na execução de ações articuladas, nas políticas sociais. Ao mesmo tempo, traz à tona dimensão do território para o conhecimento da realidade e organização dos serviços. Afinal, é preciso que se desenvolvam metodologias capazes de permitir que as ações da política de Assistência Social e as demais políticas públicas sejam capazes de captar as diversidades regionais e culturais deste país (ANANIAS, 2007).

A construção da intersetorialidade é, portanto, uma necessidade apontada no campo da política social como requisito da proteção integral. As políticas de Saúde e Assistência Social têm reafirmado este desafio. Mas a consolidação da proposta intersetorial supõe enfrentar o terreno contraditório, em que, historicamente, estas políticas se inserem.

2.4 Limites e desafios do trabalho em rede: uma perspectiva da integralidade

Neste item, iremos trabalhar os conceitos do princípio da Integralidade do Sistema Único de Saúde – SUS, e sua relação com a Intersetorialidade, bem como traçaremos os limites e desafios para a concretização do trabalho em rede.

A diretriz da intersetorialidade, no âmbito da área da saúde, foi incorporada na Lei Orgânica da Saúde – LOS, em 1990. Vale ressaltar que a referida diretriz aparece subsumida ao princípio de integralidade dos sistemas de saúde, esta que prevê na sua concepção a integração intersetorial. Contudo, acerca deste ponto, é preciso lembrar que a noção de integralidade apresenta caráter bastante difuso, cuja consequência é a existência, entre os profissionais de saúde, de diferentes significados para o termo.

Dentre os princípios do SUS destacar-se-á a integralidade³¹ em saúde, pois este pode ser entendido num panorama geral como componente de um novo enfoque para o direito à saúde, além de fazer parte do tripé doutrinário do SUS, juntamente com a universalidade e a equidade, onde encontramos a seguinte definição:

Integralidade – as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser entendido como um ser social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não só para as suas doenças. Isso exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de: Promoção (que envolve ações também em outras áreas, como habitação, meio ambiente, educação etc.); Proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância a saúde e sanitária etc.); Recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação para os doentes) (ALMEIDA e WESTPHAL, 2001, p.35).

Santos (2006 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007), ao discorrer sobre as definições legais atribuídas à Integralidade, afirma que a “Constituição não a define, apenas preconiza que as

³¹ De acordo com texto constitucional o significado encontrado para a Integralidade compõe uma série de diretrizes, destacando-se no Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade [...] (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 2001, p.167).

ações curativas sejam integradas às ações preventivas para que se evite a dicotomia, buscando-se a demarcação do campo de atuação do SUS”. Da mesma forma a Lei 8.080/90, no artigo 76, tenta definir a Integralidade, mas não o faz com clareza, assegura a autora.

Observa-se que há um entendimento da integralidade como abrangente, ou seja, a integralidade é um princípio que procura abarcar uma série de direitos da vida humana, imbricadas de condicionamentos variantes de acordo com determinadas realidades e possibilidades; os quais se expressarão ou se desenvolverão conforme cada contexto, este entendimento de integralidade há tanto no âmbito do texto constitucional, como no que se refere ao SUS. Por esta razão que Mendes (1995 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007) expõem que o estudo da Integralidade é desafiador, pois:

[...] sua aplicação implica reconhecer múltiplos fatores, dentre eles a unicidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto de ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde-doença conforma uma totalidade que envolve os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social (MENDES 1995 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007).

Dessa forma, Mattos (2001, *apud* ASSUMPÇÃO, 2007) afirma que:

Integralidade, no contexto do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, prenhe de sentidos. Nessa [...] - o que é Integralidade – talvez não deva ser uma resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a Integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa (MATTOS 2001, p.42 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007).

Ainda, nessa perspectiva, os autores destacam que:

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

Além disso, é perceptível que esse princípio apesar de não está introduzido na totalidade das políticas, pode ser encontrado no âmbito de políticas específicas como, por exemplo, a política de atenção à mulher, porém para a sua efetivação e para seu total desenvolvimento a Integralidade necessita ser influenciada por diversos conhecimentos que contribuem para sua realização e construção, pois como afirma Pinheiro (2006 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007) a “Saúde Coletiva é contrária à fragmentação das saúdes públicas”. Pois há três relevantes áreas do setor saúde que contribuem para a materialização da Integralidade: “temos a área de política, planejamento e gestão na saúde; as ciências sociais humanas em saúde e, por fim, a epidemiologia” (PINHEIRO, 2006, p.12 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007, p.35).

Com relação ao trabalho em equipe Meirelles (1998, *apud* ASSUMPÇÃO, 2007) pondera que:

A equipe como um grupo de pessoas, que desenvolve um trabalho de forma integrada e com objetivo comum, com interdependência, lealdade, cooperação e coesão entre os membros do grupo, a fim de atingirem maior eficácia nas suas atividades. Esta equipe é construída pelos seus membros, que trabalham de forma dinâmica suas emoções, sentimentos e expectativas até atingirem equilíbrio e participação verdadeira de todos os membros do grupo nas ações (MEIRELLES, 1998, p. 15 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007).

Ultimamente, tem-se falado muito sobre a troca de saberes e o intercâmbio de informações entre as áreas profissionais, isto favorece o trabalho das equipes e recebe o nome, segundo Assumpção (2007) de “multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade”.

Nesse sentido, comumente, encontramos equipes de trabalho em saúde focadas na multidisciplinaridade e na interdisciplinaridade; com isto percebe-se também, que a ideia de transdisciplinaridade tem muito a colaborar para a concretização, efetivação e eficácia da Integralidade da saúde, onde a compreensão acerca da integralidade se norteia na concepção de uma “Integralidade como um princípio universal e constitucional, fruto de amplo movimento social e que segue um caminho de permanente construção” como bem coloca Pinheiro (2006 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007, p.34), onde ambas estão de acordo com a colocação de Mattos (2001) ao definir a Integralidade como “polissêmica por não se limitar a uma diversificação dos sentidos”, conduzindo, portanto, valores que merecem ser definidos e

que respeitam as diferenças nos vários pontos do Brasil. Neste sentido, Cecílio (2001) colabora para a discussão expondo que:

É possível adotar a ideia de que a Integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a Integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF) ou um hospital. Poderíamos denominá-la “Integralidade focalizada”, na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde (CECÍLIO, 2001, p.115).

Ainda de acordo com esta colocação, Camargo Jr. (2003, p. 39 *apud* ASSUMPÇÃO, 2007, p.65), contribui com a ideia apresentada por Cecílio (2001) ao descrever que o “trabalho interdisciplinar e multidisciplinar é fundamental, pois indivíduos isolados, ou mesmo categorias de profissionais inteiras, são limitados para atender as ‘demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem’”, neste sentido, acredita-se que aos profissionais, no caso desse estudo, da área da saúde cabe ter uma postura de “compreensão ampliada dos determinantes do processo de saúde-doença, até para evitar a tentação de atuar para além das fronteiras de sua competência técnica” (ibidem).

Neste sentido, cabe aos profissionais terem uma compreensão bem definida acerca da importância do trabalho de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar no atendimento aos usuários, para que se possam encontrar a melhor forma de utilização de instrumentais que auxiliem na prática dessa atuação multidimensional da saúde.

Note-se que o profissional de saúde, seja em qual nível de atenção ele trabalhe ou qual seja a sua formação, é um “cuidador” sob constante tensão, pois seu objeto de trabalho é a pessoa em sofrimento. Porém, trata-se de um grupo profissional igual aos outros na medida em que têm pontos fortes e fracos, possuidores de ética, competentes, maduros e padecem dos mesmos problemas que o restante do universo de trabalhadores. No entanto, a principal diferença, diga-se essencial, está na natureza do seu trabalho, no fato de lidarem no dia a dia com o sofrimento. Muitos trabalham por salários indignos, têm poucas oportunidades de qualificação, são remunerados ou avaliados por produção, obrigando-se a atender um número excessivo de pacientes em ambientes precários e com carência de recursos. Disso, Campos (2007, p.37), ressalva que muitas vezes, estes são “indivíduos estressados, com baixa

autoestima, sequiosos de reconhecimento, exigidos, impotentes, sobrecarregados, despreparados, culpados, revoltados, isolados e desamparados”

Deste modo, o profissional de saúde é qualificado como um cuidador sob constante tensão. Pois, lida com o sofrimento alheio de forma empática que vulnerabiliza o cuidador. A conduta esperada socialmente do profissional de saúde é que ele seja motivado pelo desejo de cuidar. Muitas vezes, no entanto, o estresse do profissional pode ser tão elevado que o impede de se aproximar do usuário, prejudicando, portanto, o andamento de seu fazer e da recuperação do paciente.

Nesta direção, corrobora-se que os sentidos da integralidade vão desde a visão de integração dos diferentes níveis de complexidade tecnológica dentro do próprio setor saúde até a articulação com outros setores de política social. Todavia, essa última perspectiva não é a predominante.

De fato, sublinha-se que as estratégias implantadas, no âmbito da saúde, recentemente assinalam para a priorização da integração entre a proteção básica, média e alta complexidade, isto é, apontam para os diferentes níveis de atenção à saúde dentro do sistema municipal, bem como busca promover um incentivo à regionalização dos serviços via criação de consórcios intermunicipais. Ainda que o conceito de integralidade tenha ganhando relevância na agenda setorial, contudo, sua operacionalização até o momento tem se demonstrado insuficiente para contribuir de maneira efetiva para fomento de mudanças no quadro atual de organização fragmentada das políticas sociais brasileiras.

Nesta perspectiva, Monnerat (2009, p.158) ressalva que o significado da integralidade das ações são “materializadas através de ações intersetoriais”, onde as ações se complementam através de um arcabouço de iniciativas entre as políticas públicas com vista a responder as demandas.

Para Sposati (2009), a integralidade

[...] do ponto de vista da seguridade social, deveria ocorrer continua relação de intersetorialidade entre saúde, assistência social e previdência social, mas isso é ainda uma perspectiva que um fato” (SPOSATI, 2009, p.46).

Decerto, a intersetorialidade expressa à articulação entre políticas públicas, que se desenvolvem a partir de ações conjuntas destinadas à proteção social nos três níveis de

proteção (básica, média e alta complexidade), bem como ao enfrentamento das desigualdades sociais nas distintas áreas.

Nesta diretiva, trata-se do desenvolvimento de serviços, programas e projetos integrados de modo que rompam com a velha perspectiva da fragmentação da atenção pública às necessidades sociais da população.

Segundo Couto (2010),

[...] A intersectorialidade supõe também a articulação entre sujeitos que atuam em áreas que, partindo de suas especificidades e experiências particulares, possam criar propostas e estratégias conjuntas de intervenção pública para enfrentar problemas complexos impossíveis de serem equacionados de modo isolado. É uma forma de gestão de políticas públicas que está necessariamente relacionado ao enfrentamento de situações concretas vividas pela população, [...], tal ação também supõe vontade e decisão política para seu enfrentamento (COUTO, 2010, p.40).

Não se trata de mera decisão ou vontade de atuar de forma intersectorial, se faz necessário também que o gestor pactue com as demais políticas públicas, formas de ações que possam complementar a ação da assistência à saúde.

Faz-se necessário historiar que experiências de programas prioritários do Ministério da Saúde – como o Programa Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - desenvolvidas desde meados dos anos 1990, também tendem a incentivar ações voltadas para a articulação intersectorial.

Reconhece-se que tais programas se apoiam nas concepções do movimento da Promoção da Saúde que, por sua vez, incorpora a abordagem intersectorial como principal estratégia de ação. Para Monnerat (2009) é importante dar atenção para:

[...] o fato de que o privilegiamento do núcleo familiar como unidade de intervenção contribui para a busca de parcerias com outras áreas de políticas públicas, visto que o contato direto com as múltiplas demandas e necessidades das famílias vem demonstrando os limites da ação setorial (MONNERAT, 2009, p. 202).

Nesta acepção, a intersectorialidade tem sido pensada como uma estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade e que incidem sobre o processo saúde-

doença. Assim, movimentos internacionais³² como a Promoção da Saúde e outros, ganham lugar de destaque no SUS. Contudo, o trabalho de articulação na promoção intersectorial se traduz numa perspectiva de rede, cuja ação visa manter diferentes conexões entre diferentes organizações e políticas públicas, a partir da compreensão do seu funcionamento, de modo a coordenar interesses distintos e fortalecer os que são comuns. A promoção da articulação intersectorial

[...], se refere à articulação entre setores e saberes, para responder, de forma integrada, a um objetivo comum. É uma nova maneira de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que possibilita a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, para produzir efeitos mais significativos na vida da população, respondendo com efetividade a problemas sociais complexos' (MDS, 2009, p.26).

Traduzindo, esta ação pressupõe a ideia de conexão, vínculo, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços, respeito à diversidade e às particularidades de cada setor.

Diante das demandas que são colocadas à política de saúde, destacamos neste estudo que a intersectorialidade constitui uma proposta ousada, ainda em construção, em que espreia a existência de um consenso acerca de sua importância nas demais agendas dos serviços públicos, portanto, sua consolidação numa perspectiva de integralidade entre serviços ainda é um imperativo, tanto no plano da gestão das políticas, como no plano das práticas profissionais.

Nesse estudo, partimos da hipótese de que a implementação do trabalho a partir das redes intersectoriais pode ser um canal estratégico para integralidade das políticas públicas e assim responder as demandas sociais do território. A partir dessa perspectiva, no próximo capítulo, iremos delinear algumas ferramentas que foram utilizadas no processo investigativo objetivando elucidar como os Profissionais do Serviço Social do Hospital da Polícia Militar da Paraíba General Edson Ramalho vêm trabalhando a perspectiva da intersectorialidade a partir das redes intersectoriais, e de como essas redes podem produzir ações concretas integralizadas na vida dos usuários.

³²Na esteira deste movimento, a agenda contemporânea de debate indica a necessidade de (re)politização da discussão sobre a política de saúde, a recuperação do conceito de saúde como qualidade de vida e a tentativa de valorizar o conceito de seguridade social como referência para a proteção social no país.

CAPÍTULO III – INTERSETORIALIDADE E SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Experiência dos profissionais do Hospital General Edson Ramalho

Decerto, que a discussão acerca da intersectorialidade tem sido tratada, neste trabalho, como requisito para a consecução de práticas pautadas pela integralidade. Neste âmbito, aprofundar o debate teórico da intersectorialidade tem importância para o Serviço Social, na medida em que se trata de uma temática relevante para o campo das políticas públicas, em especial a da saúde. Assim, neste capítulo, se apresenta num primeiro momento uma aproximação conceitual acerca do Serviço Social na Saúde, tendo como foco a intersectorialidade como desafio de gestão profissional, com intuito de subsidiar a discussão da intersectorialidade no âmbito das práticas do Serviço Social, posteriormente, apresentar-se-á, um aprofundamento da experiência e vivência da pesquisa realizada em 2010, no Hospital da Polícia Militar da Paraíba. Esta pesquisa foi provocando pelo interesse em estudar *as (im)possibilidades da integralidade da assistência no HPMGE e em 2013* procurou-se aprofundar a temática, porém o foco dado desta vez foi na identificação de como os profissionais do serviço social identificam e atuam com a intersectorialidade em busca da integralidade, especialmente no pronto atendimento do referido hospital. Na qual se busca discutir no âmbito dos serviços de saúde como espaço de atuação dos assistentes sociais e de construção da intersectorialidade.

Esta explanação está constituída nos seguintes itens: constituição do serviço social na saúde; leitura e análise de dados, que tem por finalidade apreender o perfil profissional, bem como a percepção dos profissionais acerca da intersectorialidade e cumprimento desta em conformidade com o princípio da integralidade nas ações desenvolvidas pelos profissionais do serviço social no pronto atendimento do HPMGER. Além de analisarmos o perfil socioeconômico de tais profissionais e suscitarmos a opinião dos entrevistados em relação ao atendimento e ações que são desenvolvidas por estes, far-se-á também uma abordagem acerca do serviço social e o trabalho em equipe, na busca de identificar os desafios na concretização da intersectorialidade em busca da integralidade da assistência à saúde nos serviços de saúde, assim, buscar-se-á refletir acerca da intersectorialidade que supõe pensar os seus diferentes espaços de construção.

3.1 O Serviço Social na Saúde: a intersectorialidade como desafio de gestão profissional

A intersectorialidade como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, visa à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população, e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (JUNQUEIRA, 2004).

Atualmente é eminente a ascendência de um movimento de reorganização e de atualização das práticas em saúde. Por essa e em prol dessa causa, alarga-se a apreensão com a especificidade do Serviço Social na medida em que se observam outras profissões ampliando suas ações em direção ao “social”. Para Mito (2004), fica evidente a força que a temática do social e do trabalho com o social vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões, dentre elas, a do Serviço Social.

Notadamente, a XIV Conferência Nacional de Saúde que teve como título: “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro”, foi realizada de 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011 em Brasília. Partindo do relatório que consolidou as propostas levadas pelos estados (incluindo o Distrito Federal) para a discussão, algumas observações são levantadas sobre a intersectorialidade. Enfatiza-se, pois que tais observações foram pautadas neste relatório e não das deliberações finais cuja publicação ainda não está disponível.

O relatório em questão foi composto por dois blocos de diretrizes, algumas das propostas contidas nestas diretrizes que trazem a idéia de intersectorialidade são as seguintes:

- ✓ Fazer cumprir a lei de Seguridade Social, valorizar os direitos constituídos e articular, intensificar e fortalecer as parcerias entre a Previdência Social, a saúde e a Assistência Social melhorando a qualidade do atendimento, garantindo agilidade dos processos, desenvolvendo a intersectorialidade por meio de programas, projetos e ações transversais, dando prioridade a promoção e prevenção a saúde;
- ✓ Criar, implantar e institucionalizar comissões intersectoriais para fortalecer a integração entre o SUS, o SUAS e o FNDE visando impulsionar o desenvolvimento de políticas intersectoriais que garantam a sustentabilidade dos setores;
- ✓ Fortalecer políticas públicas e implementar serviços de saúde, Previdência Social e Assistência Social, [...] bem como formular políticas integradas entre saúde, educação e esportes incentivando parcerias e projetos intersectoriais, garantindo equidade de acesso físico e social e qualidade de vida a todos;
- ✓ Efetivar a integração entre a saúde, a assistência social e a previdência social, melhorando o acesso as informações sobre os benefícios da Seguridade Social relativos aos trabalhadores rurais, ao salário-maternidade e aos benefícios de prestação continuada da assistência social;
- ✓ Unificar as bases de dados das políticas setoriais que compõem o sistema de seguridade social (CAD-SUS/Saúde, CAD SUAS/assistência Social e a Base da Previdência/BPC) criando também instituições normativas que integrem serviços, programas e benefícios que tenham interface entre si nas três esferas de governo;
- ✓ Promover encontros intersectoriais entre órgãos do governo, poder judiciário, poder legislativo, e representação das câmaras do Ministério público, entre os conselhos e fóruns de políticas setoriais, com a sociedade civil organizada, com a finalidade de debater assuntos relacionados a saúde pública gratuita, de qualidade e de acesso integral a todos os cidadãos.

Historicamente, as conferências de saúde, ao longo dos anos, inegavelmente congregam forças e não é difícil perceber no escopo das propostas listadas acima, uma maior objetividade e clareza no que diz respeito a participação das demais políticas sociais nesta construção intersectorial. Está posta nitidamente na própria temática da conferência, esta que já imprime um conceito com vistas a perspectiva intersectorial, sobretudo, ao situar o SUS enquanto política constitutiva da Seguridade Social.

As propostas levantadas trazem de forma clara como será a articulação das políticas setoriais para o alcance de uma melhor qualidade de vida da população, através de que ações os objetivos serão atingidos e que mecanismos de informações, avaliação e controle serão adotados para se obter de fato a intersectorialidade no âmbito do SUS em conjunto com as demais políticas setoriais, sobretudo, a da assistência social e a previdência social.

Ao avaliarmos as duas últimas conferências nacionais de saúde e de assistência social percebe-se difusas deliberações e propostas. Sendo, portanto, duas políticas sociais constitutivas da Seguridade Social, porém, cada uma guarda suas especificidades e modos de

atuação condizentes com sua natureza de enfrentamento. Quiçá esta seja uma das grandes dificuldades quando se pensa em adotar a intersetorialidade para o alcance de melhores resultados sobre as demandas sociais.

Nessa perspectiva, é interessante ressaltar que a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura, ambiente, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (JUNQUEIRA, 1998). Assim, a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

Essa forma de atuar é nova, por isso deve acarretar mudanças nas práticas e na cultura organizacional que as informam. É um processo que tem riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesses contrariados. A ousadia de mudar vai precisar das alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração municipal, em especial do Assistente Social que atua na perspectiva da integralidade da assistência aos usuários dos serviços (JUNQUEIRA, 1997).

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, cujo objeto de intervenção é as expressões da questão social, portanto, cabe aos Assistentes Sociais na divisão sociotécnica do trabalho intervir com a perspectiva de amenizar as expressões da luta de classe em nossa sociedade. Ou seja, a profissão emerge:

[...] a partir do *background* acumulado na organização da filantropia própria à sociedade burguesa, o Serviço Social desborda o acervo das suas protoformas ao se desenvolver como um produto típico da divisão social (e técnica) do trabalho da ordem monopólica. Originalmente parametrado e dinamizado pelo pensamento conservador, adequou-se ao tratamento dos problemas sociais quer tomados nas suas refrações individualizadas (donde a funcionalidade da psicologização das relações sociais), quer tomados como sequelas inevitáveis do “progresso” (donde a funcionalidade da perspectiva “pública” da intervenção) — desenvolveu-se legitimando-se precisamente como interveniente prático-empírico e organizador simbólico no âmbito das políticas sociais (SILVA 2006 *apud* NETTO, 1996, p.75).

Nota-se, portanto, que a prática³³ do serviço social no âmbito da saúde, de acordo com Carvalho (2006) emergiu-se na divisão sociotécnica do trabalho em saúde, como “profissão paramédica (subsidiária da ação médica), num contexto de ascensão do saber clínico”.

Carvalho (2006 *apud* BRAVO, 1996) coloca ainda que:

[...] historicamente a atuação do serviço social na saúde se deu no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de caso), sendo a preocupação com a saúde, como questão política, explicitada somente na virada da década de 1980 para 1990, quando houve a mudança do conceito ‘saúde’ e o grande movimento da Reforma Sanitária (CARVALHO 2006 *apud* BRAVO, 1996).

Essa configuração vem afirmar que o Assistente Social acompanha as mudanças ocorridas, historicamente, no âmbito da saúde, logo, este encontra na instituição hospitalar³⁴ seu “*espaço de trabalho no âmbito da saúde*”, onde seu papel se restringia em um papel secundário e não protagonista de uma prática embasada em uma formação própria do serviço social, pois este auxiliava o médico em suas atribuições, determinadas por este profissional (CARVALHO, 2006).

Porém, mesmo com esse viés de prática (auxiliar do médico), nem todas as instituições hospitalares incluíram os profissionais do serviço social em seus quadros de funcionários, assim, nessa época, poucos profissionais do serviço social faziam parte do quadro de funcionários na área da saúde.

Contudo, percebe-se uma inclusão maior do Assistente Social no âmbito da saúde, no final da década de 1960, pois este foi o período da unificação dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) em uma só instituição o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e uma das propostas mais importante, durante a estada dos militares no poder, foi à aprovação do LOPS -1960 (Lei Orgânica da Previdência Social) que consistia na unificação dos benefícios a todos os “associados” e melhoramento na área de Educação, Habitação, Assistência e, principalmente, na Saúde. Logo, esse tipo de medida adotada tinha dois objetivos nítidos, primeiro, a redução dos gastos pelo governo devido a diversificação e

³³ Iremos trabalhar com a concepção de prática profissional que, de acordo com Silva (2006) “é aquela cunhada pela tradição marxista, ou seja, a de que a prática profissional é uma especialização da práxis social”.

³⁴ Carvalho (2006) destaca que o “Hospital é visto nesse período como meio fundamental da terapêutica e a constituição do paradigma do paciente”

especificidade de cada política dos IAPs, segundo, a tentativa de inserir gradativamente o maior número possível de beneficiário (e contribuintes) no sistema, expandindo a Proteção Social. Com essa expansão, mais que necessária, foi priorizado pelo Ministério da Saúde, ações pontuais de cunho preventista, com escassa atuação do Serviço Social. Como bem afirma Carvalho (2006):

Salto quantitativo para a inserção do Assistente social na área da saúde deu-se no final da década de 60, período em que ocorreu a unificação dos Institutos de Pensão –IAPS a partir do Instituto Nacional de Previdência Social-INPS. O Ministério da Saúde priorizou predominantemente as ações companhistas-preventista, com pouca atuação do Serviço social. O INPS e, posteriormente, o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social – INAMPS incorporaram a atenção médico-curativa de caráter hospitalocêntrico e privatista (CARVALHO, 2006).

No entanto, percebe-se que ocorreram mudanças relevantes no âmbito social, principalmente, na área da saúde, no final da década de 1960 início de 1970, pois é perceptível que a estrutura previdenciária brasileira já conseguira incluir se não todos uma grande maioria dos excluídos (trabalhadores rurais, autônomos e domésticas), independente de contribuição, culminando em sua decadência, devido a desproporcional adesão da massa ao sistema e os recursos recolhidos, essa situação propiciou a desqualificação no atendimento dos serviços e a incapacidade de acolhimento de todo contingente. Todos esses fatores propiciaram a criação do que chamamos de terceiro setor.

Diante desse quadro, o Estado encontrava-se impossibilitado de atender toda a sua população, logo resolveu adotar algumas políticas de atendimento em massa e de forma gradativa começou a contratar serviços de particulares atuando da seguinte forma: na área da saúde o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INANPS), antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) - Órgão vinculado ao Ministério da Saúde e responsável pela distribuição dos recursos – contratava os hospitais particulares, que na época não tinham estrutura tecnológica, para prestarem os serviços básicos de ambulatório ficando, portanto, responsável apenas com os atendimentos mais complexos, contudo, essa lógica laboral funcionou até certo ponto, pois quando para os hospitais privados não eram mais interessante esse tipo de vínculo, já que tinham conseguido certa autonomia e seu desenvolvimento chegou a “emancipação” da classe e do profissional, logo se desvincularam

do Estado e migraram para o setor privado que, em termos de crescimento financeiro, era extremamente vantajoso em relação ao seu antigo “cliente”. Com o dismantelamento progressivo das políticas sociais ao longo dessa década, a desestruturação de toda sua capacidade física e humana e a abertura para o capital estrangeiro (neoliberal) começa a ruir o sistema ditatorial, chegando ao seu fim com as descobertas de corrupção no alto comando governamental.

No que diz respeito à questão social, o Estado utilizou para a sua intervenção, o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada, com o objetivo de ampliar o poder de regulação sobre a sociedade, tornar de forma branda as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, assim como, servir para acumulação de capital. Em 1966, atendendo a duas características tais como, o crescente papel de intervenção do Estado na sociedade e a exclusão dos trabalhadores na gestão da previdência, restando-lhes apenas o papel de financiadores, é dada a unificação da Previdência Social. Assim, a saúde e a educação, passam a ter ênfase no setor privado, visto que o setor da saúde precisava assumir as características capitalistas, com incorporação de modificações tecnológicas que aconteciam no exterior.

Dessa forma, a saúde pública teve certo declínio, fazendo crescer a medicina previdenciária, sendo imposta uma medicalização da vida social, cuja ênfase na prática clínica faz-se através de ações centradas na assistência médica curativa, individual, com desvalorização das ações coletivas e preventivas preconizadas pela saúde pública.

O bloco de poder instalado em 1964, não conseguindo consolidar sua hegemonia, precisou paulatinamente modificar sua relação com a sociedade civil. Assim, a política social, no período de 1974 a 1979, teve por finalidade, obter um maior enfrentamento na questão social, com objetivo de encaminhar as reivindicações e pressões populares. Nessa fase, a política nacional de saúde, enfrentou um momento de grande tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros e os interesses oriundos de setores estatal e empresarial médico, como a emergência do Projeto de Reforma Sanitária, destacando-se na área da saúde, assim como, o Projeto Privatista.

Essa foi a herança deixada pelos militares, para a década de 1980 (a década perdida) e para o primeiro presidente da então Nova República, que na tentativa de mudar o cenário nacional adotou em seu *slogan* o seguinte - Tudo pelo social. Nessa década iremos ter uma série de novas medidas na tentativa de reestruturar as políticas da área social, que foram totalmente desmontadas. A criação de novos órgãos foi o principal marco do governo Sarney,

os principais foram o Sistema Unificado Descentralização da Saúde (SUDS) e o Programa Orçamento Integrado (POI) essas duas instituições tinham como base a descentralização das políticas na área de saúde e a união da nação através de repasses de recurso que partiam do governo até os municípios fortalecendo todo o sistema, outro ponto importante foi o forte financiamento por parte do governo na construção de hospitais e de toda a rede de atendimento da previdência social, outra característica relevante desse governo foi a tentativa de distribuir autonomia e poder aos estados e municípios e não apenas a responsabilidade de assistir como na gestão passada, onde todo o poder de decisão e distribuição de recurso era centralizado na esfera Federal e as obrigações distribuídas de forma universal.

Nesse sentido, esse tipo de conceito favoreceu a universalização das políticas públicas e a ampliação do atendimento não só na área da saúde tendo seu principal símbolo o SUS (Sistema Único de Saúde) que massificou o atendimento sanitário, mas também no campo trabalhista com a criação do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e a criação do salário mínimo, na habitação, educação e na previdência chegando ao seu auge com a Constituição de 1988 que legalizava de fato todos os direitos conquistados pela classe trabalhadora.

Foi, portanto, nessa conjuntura, que o “Serviço Social se estruturou de forma organizada e passou a tomar corpo na área da saúde” (CARVALHO, 2006).

Importante assinalar que em março de 2009, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), por intermédio do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, elaborou uma versão preliminar de um documento norteador da intervenção do assistente social no setor da saúde, intitulado “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde”. O CFESS submeteu o referido documento a análise da categoria no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, em junho de 2009, em Recife/PE.

O referido texto tem como finalidade localizar e delimitar as atribuições e competências³⁵ do profissional de Serviço Social nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Traz, portanto, na sua estrutura uma sucinta explanação acerca da Saúde como direito de cidadania e dever estatal, resgatando o disposto na Constituição Federal de 1988 e no Projeto de reforma Sanitária, visualizando nos princípios e diretrizes do SUS com todos os desafios postos à sua efetivação na atual conjuntura.

³⁵ Competências são qualificações profissionais para prestar serviços, que a Lei reconhece, independentemente de serem, também, atribuídas à profissionais de outras categorias. Atribuições privativas também são competências, porem exclusivas, decorrentes, especificamente, da formação profissional (Parecer Jurídico nº 27/78, de Sylvia Helena Terra, assessora jurídica do CEFESS) (CEFESS, 2009, p.18).

Posteriormente, o documento faz uma discussão no que concerne à relação – não recente – do Serviço Social com o campo da Saúde, na qual as ações profissionais são explicadas e justificadas no intuito de adentrar a classificação das atribuições e competências do assistente social no setor. As ações elencadas no documento são as seguintes:

- ✓ Ações Socioassistenciais;
- ✓ Ações em Equipe;
- ✓ Ações Socioeducativas;
- ✓ Ações de Mobilização, Participação e Controle Social;
- ✓ Ações de Investigação, Planejamento e Gestão;
- ✓ Ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional.

O Serviço Social está situado entre dois projetos pensados para a Saúde: o de Reforma Sanitária e o Privatista – bastante fortalecido pelos Governos contemporâneos. Nesse meio, a profissão se materializa numa tensão permanente, demonstrando sua diversidade ideológica, convivendo em seu interior também dois projetos: o da intenção de ruptura – hegemônico nos anos 1990 – e o da reação conservadora. Este projeto intenciona a permanência do Serviço Social na divisão entre teoria e intervenção, além de objetivar uma especialização do assistente social na área, a qual o enquadraria na divisão clássica da prática médica. Aquele pensa o serviço social concatenado ao conhecimento crítico de Marx e seus sucessores, numa apreensão totalizante dos fenômenos sociais, econômicos, políticos, culturais e uma práxis que interfira em tais fenômenos.

A perspectiva conservadora possui três expressões: assistentes sociais que passam a se autointitular de sanitaristas, após terem obtido formação em Saúde Pública; outra é o resgate da intervenção na subjetividade dos sujeitos – Serviço Social Clínico -; e ainda, os adeptos de um serviço social que se fragmenta em diversas especialidades médicas. O documento em estudo não vê como problema a ampliação de conhecimento em outra área que não a humana e social, mas sim o fato dos assistentes sociais não identificarem e até negarem as suas reais atribuições, absorvendo aquelas demandas que historicamente as equipes de saúde lhes impõem.

No entanto, devemos considerar que atualmente no Brasil, no âmbito da Política de Saúde, há algumas questões relevantes que podem estagnar ou não os rumos da referida política, a saber: os profissionais devem conhecer como se dá a questão orçamentária e do fundo público das políticas sociais, principalmente, da saúde; a questão dos pactos sociais e

políticos para a efetivação da política; a entrada do terceiro setor e a questão da intersectorialidade e; a relação conflituosa e complexa entre o público e o privado, a inoperância do público, no incentivo a privatização, na prestação e serviços e repasse de recursos que esta relação impõe. São, sobretudo, questões complexas e de difíceis resolução intrínsecas na constituição da política de saúde o que a torna uma tarefa difícil, sem fórmulas concretas de resolutividade, contudo, não iremos debater neste trabalho as questões elucidadas acima, deixemos como reflexão para posterior aprofundamento teórico dos profissionais e estudiosos da área.

Nesta direção, o estudioso Sodré (2010) discorre acerca de algumas proposições postas para os Assistentes Sociais, ressaltando que eles precisam, principalmente, estarem atentos para não reproduzir o modelo de reprodução em massa, a saber:

Os assistentes sociais precisam atentar para não repetir o modelo de produção em massa, que no caso da saúde-fábrica pode ser compreendido por plantões e encaminhamentos. Aquele arquétipo resumido em uma sala, um livro preto, um assistente social, uma agenda antiga de contatos telefônicos desatualizados. O que poderia ser equiparado ao médico que só entrega receitas. Este modelo não condiz com o discurso que foi criado do Serviço Social, que apregoa a emancipação humana como princípio. O que a instância hospitalar proporcionou à formação foi uma lógica inserida na dimensão histórica maior da instituição – uma máquina de fabricar produtos sem sentidos para o seu produtor e para o seu demandante. Produtos que se esgotam em si mesmos e perdem a dimensão processual do trabalho do assistente social (SODRÉ, 2010, p.8).

Deste modo, há um distanciamento do assistente social, no cotidiano de sua prática, daquilo que caracteriza o Serviço Social: a investigação, compreensão e trato dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que interferem no processo saúde-doença. Nesta direção, Teixeira e Braz, (2009, p.194) ressaltam que “parece óbvio que a realidade atual não nos é favorável, e para isso precisamos enfrentá-la com competência profissional e conscientes do significado político-profissional de nossa atuação”, seguindo esta afirmação de que a qualificação profissional é extremamente importante, urge a necessidade cada vez maior, de profissionais com formação generalista e não fragmentada.

Dessa forma, o Conselho Federal do Serviço Social - CFESS, para responder a demanda histórica dos profissionais do serviço social que atuam no âmbito da saúde, em um

esforço conjunto em buscar a construção participativa, crítica, reflexiva e produtiva dos profissionais, lançou após inúmeros estudos, através do grupo de trabalho Serviço Social e Saúde, como já mencionamos anteriormente, construiu o documento intitulado: Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Saúde, no qual possui diretrizes que devem ser seguidas pelos profissionais do Serviço Social. Este documento tem como finalidade “referenciar a intervenção dos profissionais do serviço social na saúde” (CFESS, 2009, p.5), além disso, sinaliza para que o profissional possa pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, sendo que as principais diretrizes consistem em:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; Buscar a necessária atuação em equipe tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2009, p.15).

Portanto, considera-se que os parâmetros colocam a relação direta do projeto de Reforma Sanitária com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, compreendendo como central a realização de ambos, em que os assistentes sociais comprometidos não devem desarticulá-los no âmbito dos serviços diretos à população usuária, no planejamento e na assessoria.

As atribuições e competência – inscritas no Código de Ética do Assistente Social e na Lei de Regulamentação da Profissão (ambas de 1993), concorrem para a apreensão e

enfrentamento da questão social e suas faces, base fundamentadora da especialidade do trabalho denominado Serviço Social. Nesse exercício contínuo contra as mazelas do capital, o assistente social concatena variadas ações profissionais, as quais são complementares e indissociáveis umas das outras, transcendendo a mera execução terminal da política de saúde.

Essas ações, ao atingir as emanções da questão social, têm como pano de fundo o disposto na Lei 8.080/90, artigo 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 (BRASIL, 1990).

Nas *Ações Assistenciais* - principais demandas apresentadas ao Serviço Social -, entende os Parâmetros, os assistentes sociais têm que ter clareza do que lhes diz respeito, respaldados no Projeto Profissional, sob o risco de confusão no trabalho coletivo, no qual não se sabe onde começam nem onde terminam as atribuições e competências de cada profissional.

Os assistentes sociais têm como desafio, dentre outros: transpor caráter emergencial e burocrático da prática na saúde; reconhecer as funções de cada membro da unidade de saúde, efetuando as que lhe dizem respeito, conforme a legislação profissional; utilizar o perfil socioeconômico e cultural do usuário como instrumento provedor e garantidor de direitos, não como meio para praticar a seletividade e a elegibilidade.

O documento deixa bem claro que o assistente social deve afastar-se da prática psicoterapêutica, visto que sua execução pode resignificar o Serviço Social de Casos, representando um retrocesso; essa prática é denominada de Serviço Social Clínico.

No contexto das Ações em Equipe, a interdisciplinaridade é um ideal a ser alcançado e posto em prática, tendo em vista seu caráter de preservação das identidades profissionais, nas quais cada categoria reconhece e reafirma seu espaço na dinâmica da reciprocidade e do diálogo de saberes e técnicas. Quando ocorre o descompasso desse ideal do trabalho multiprofissional, a tendência é o assistente social absorver demandas que não são suas, a saber:

- ✓ Marcação de consultas e exames bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- ✓ Solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- ✓ Identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- ✓ Pesagem e medição de crianças e gestantes;
- ✓ Convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- ✓ Comunicação de óbitos;
- ✓ Emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- ✓ Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)³⁶, medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como a dispensação destes.

Estas demandas impostas advêm de um mercado de trabalho pressionador das instituições de saúde, pressões que são realizadas de vários modos, como a demanda e a fragmentação do trabalho. Há, também, a ausência de conhecimento de alguns assistentes sociais quanto aos que lhe compete e ignorância de outros profissionais no que tange às particularidades dos exercícios do Serviço Social.

Decerto, se faz necessário debater a interdisciplinaridade perpassando suas determinações, nas quais são decorrentes dos saberes e das práticas profissionais, enquanto processos sociais e institucionais, construídos e reconstruídos no fazer diário. Neste sentido, Miotto e Nogueira (2006, p. 6-7) destacam que a

[...] interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTTO; NOGUEIRA, 2006, p.6-7).

³⁶ O TFD foi regulamentado pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Trata-se de um dispositivo que garante o acesso de usuários de um município e/ou estado da Federação a serviços de saúde de outro município e/ou estado cuja responsabilidade é do gestor do SUS.

Nesta direção, conjectura-se que a interdisciplinaridade decorre de duas condições do processo civilizatório determinando, quais sejam: “a articulação entre ciências e disciplinas profissionais, na busca de um atendimento mais efetivo e eficaz às demandas da sociedade, especialmente na esfera da prestação de serviços – o avanço das ciências e a expansão histórica das necessidades sociais” (MIOTO e NOGUEIRA, 2009, p.229).

Seguindo a mesma direção, cumpri informar que o trabalho em equipe se situa como uma das formas de dar maior rentabilidade às atividades, superando as ações fragmentadas e buscando uma visão de globalidade, atributo dos fenômenos e fatos sociais. Sendo assim, Rizotti (1991) afirma que quando o trabalho é realizado por “profissionais com saberes e práticas específicas, legitimadas institucionalmente, apresenta algumas características que devem ser recuperadas quando se tenta identificar os elementos que determinam o sucesso do trabalho conjunto”. Outro aspecto indicado por Rizotti (1991) que envolve o trabalho em equipe é o

[...] fato de ser realizado em um espaço institucional, no qual há submissão às normas e idealização sobre o trabalho. Ocorre com relativa frequência, em razão das hierarquias institucionais, um choque entre o arcabouço institucional e a autonomia relativa dos integrantes da equipe, devido à necessidade de horizontalização dos seus saberes e das suas práticas (RIZOTTI, 1991, p. 12).

Neste sentido, a interdisciplinaridade proporciona, hoje, duas vertentes bem delimitadas, apesar de serem interligadas e interdependentes, com assentamentos e procedimentos diferenciados: “a dimensão relativa à construção do conhecimento e a que se refere à ação interventiva”, em linhas gerais, uma que diz respeito ao universo epistemológico e outra a práxis interventiva. Deste modo, estabelece, para uma apreciação e presunções operativas, categorias analíticas distintas, construídas a partir de recortes da realidade, que são os objetos de pesquisa e intervenção.

Nesta perspectiva, os parâmetros discorrem a respeito da alta hospitalar, salientando que a alta médica deve ocorrer simultaneamente à alta social. Caso o paciente não tenha condições de recebê-la, cabe ao assistente social intervir no processo de alta, embasado no acompanhamento do paciente/família, devidamente registrado. No caso da alta a pedido, o respeito à autonomia do usuário tem que estar presente, depois do mesmo ser esclarecido das reais implicações que isso pode lhe trazer. O médico tem o respaldo em seu Código de Ética

para negar a alta a pedido, caso o paciente corra risco de morte. Essa decisão tem que ser respeitada e apoiada pelo assistente social.

Colimando aperfeiçoar as condições de trabalho dos profissionais da Saúde e das relações interpessoais destes entre si, com as instituições e com os usuários do SUS, a política de humanização tem no assistente social um profissional com formação generalista capaz de estabelecer o diálogo profissional-instituição-usuário, detectando os condicionantes do processo saúde-doença que não os psicólogos e biólogos. Essa humanização viabiliza repensar – com os profissionais, o Estado e os usuários – as condições de trabalho, os modelos de assistência e gestão da saúde, fazendo o devido liame entre os princípios e diretrizes da política de HumanizaSUS e do projeto de Reforma Sanitária.

No tocante às Ações Socioeducativas (ou Educação em Saúde), estas podem ser entendidas como:

[...] a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas pelos mesmos por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve ser coletivo, em grupo, pois possibilita a troca de experiência entre os sujeitos (VASCONCELOS, 1997 *apud* CEFESS, 2009, p.30).

Essas ações não devem levar o usuário à mera adesão às informações e/ou esclarecimentos, porém devem despertar a consciência sanitária, ou seja, a noção da saúde enquanto um direito de cidadania, o que implica na liberdade de escolha do demandatário/usuário.

Ao falar das *Ações de Mobilização, Participação e Controle Social*, expõe o documento dos parâmetros:

Estas ações estão voltadas prioritariamente para a inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação e defesa dos direitos pelos usuários e trabalhadores nos conselhos, conferências e fóruns de saúde e de outras políticas públicas. Enfoca, também, a democratização da instituição através da criação de conselhos gestores de unidades e outros órgãos colegiados que visem a participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade. Envolve ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita e articulação com movimentos sociais (CEFESS, 2009, p.31).

Dentre as variadas maneiras de realizar tais ações está a Ouvidoria, que tem absolvido vários profissionais de Serviço Social por considerar que sua escuta é qualificada e diferenciada. Essa forma de interlocução, para surtir os resultados esperados, deve consolidar-se em relatórios e serem coletivizados nos conselhos gestores de saúde (da unidade, se existir e local) para devida discussão e tomada de decisões que aprimorem o modelo de assistência à saúde do cidadão.

Ações de Investigação, Planejamento e Gestão – nestas o assistente social tem a incumbência de realizar estudos e pesquisas sobre a realidade da classe trabalhadora, dos usuários de saúde e suas demandas. Tal investigação visa auxiliar na construção, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da instituição e da política de saúde nos vários níveis de gestão. Faz-se necessário salientar que a construção de planos, programas e projetos para a saúde é sempre uma tarefa coletiva, onde todas as profissões envolvidas dão em si sua leitura dos fenômenos. O alvo de todo esse empreendimento nada mais é que o melhoramento da qualidade dos serviços de saúde, superando entraves que histórica e corriqueiramente se alojam no SUS, mecanismo que materializa a política social de saúde brasileira.

De acordo com Iamamoto (2002 *apud* CEFESS, 2009) a ocupação de espaços administrativos (auditoria de gestão, comitês e comissões especiais, como CCIH, etc.) torna-se um desafio imenso posto aos assistentes sociais, ponderando que:

Tem-se verificado que os profissionais do Serviço Social, ao assumirem ações na gestão, tendem a não reconhecer seus objetos de trabalho e as funções exercidas como matéria e atribuições do assistente social, resvalando para uma discussão desprofissionalizante que pode desdobrar-se em um esvaziamento da reflexão profissional e em uma crise de identidade quanto à profissão (IAMAMOTO, 2002 *apud* CEFESS, 2009, p.34, nota 37).

Para finalizar, os Parâmetros apontam as *Ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional*, nas quais o assistente social (coletivamente, como recomenda o documento) realiza treinamento, preparação e formação de recursos humanos direcionados à educação permanente de profissionais da saúde, qualificando-os e instrumentalizando-os.

A supervisão de estágios e articulação com as unidades de ensino, a criação e/ou participação em programas de residência uni ou multiprofissionais se enquadram no contexto destas ações. Como assessor, o assistente social tem como atribuição privativa a orientação na disciplina Serviço Social; como competência do profissional, o assistente social presta assessoria – na qualidade de especialista – à gestão de saúde, Organizações Não Governamentais (ONG's) e movimentos sociais.

De fato, o documento constrói uma discussão teórico-metodológica e ético-política, no qual busca sinalizar algumas reflexões sobre a relevância de uma leitura articulada entre a realidade específica institucional de cada profissional e o amplo contexto sociopolítico e econômico ao qual se situa a ação profissional, apresentando, portanto, algumas temáticas e ações estratégicas e relevantes no exercício profissional.

E por fim, dentre os temas que o documento traz, está compilado o item que diz respeito às habilidades e competências, estes que fazem referência à necessidade de produção de práticas intersetoriais, porém deixa claro para a categoria o tensionamento que tal estratégia evoca, a saber:

Pensar e realizar uma atuação competente e crítica do serviço Social na área da saúde consiste em [...] estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortalecem a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais (CFESS, 2009, p.30).

Nesta acepção, considera-se relevante que haja uma reflexão, tanto por parte dos estudiosos e, principalmente, dos profissionais que atuam na saúde, que reflitam sobre os arranjos intersetoriais, além disso, que suas reflexões sejam a partir da produção do conhecimento.

Como já havia esboçado anteriormente neste estudo, o assistente social é um profissional que atua na apreensão e intervenção das expressões da questão social, entre as quais estão os fenômenos que circunscrevem a defesa dos direitos, internos no HPMGER,

pelo fato de serem configurados e condicionados pelos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos daqueles que estão com sua saúde fragilizada e, muitas vezes, além de sua saúde estão também com a liberdade “privada/cassada” como é o caso dos apenados atendidos na referida instituição, estes que também são e devem ser vistos como seres humanos e detentores de direitos como qualquer outro usuário do SUS.

Nesta direção, poder-se-á dizer que os profissionais do serviço social que concebem a intersectorialidade como um processo de aprendizagem e de determinação de sujeitos que, através de uma gestão integrada, respondam com eficácia aos problemas da população em um território determinado, isto é, enxergam a necessidade de integrar práticas e saberes, de modo a contemplar, conforme Mioto e Nogueira (2009) a

[...] complexa realidade e fazer frente a um Estado setorializado, permeado por poderes disciplinares e poderes de composições antagônicas, nos quais se destacam o quadro de arranjos políticos partidários, a verticalização e hierarquização, bem como os corporativismos. [...] Tomando a intersectorialidade especificamente no plano da assistência à saúde, considera-se que ela permite a resignificação das práticas em saúde e a construção de processos coletivos de trabalho. Assim a intersectorialidade atende justamente à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela idéia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde (MIOTO e NOGUEIRA, 2009, p. 247).

Nesta acepção, tomando como base os conceitos operacionais/mediações sumariados acima, as ações viabilizam o direito social à saúde, permitindo transitar do discurso formal, ou ideologizado, para a concretude da realização e, sobretudo, ultrapassar o contexto em que retrata a saúde de forma precarizada com hospitais superlotados, usuários hospitalizados em corredores e acomodados em colchões ao chão, falta de material e medicamentos, profissionais insuficientes e insatisfeitos, enormes filas para marcação de consultas, horas de espera para o atendimento, ausência de recursos financeiros e investimentos, maioria dos serviços montados em sistemas de plantão, privatizações e desresponsabilização do Estado sobre as políticas sociais, ampliação de serviços sem critérios prévios, o que ocasiona o processo de judicialização da saúde.

Com efeito, diante de tantas precariedades, é notório tamanho desafio para os profissionais que são demandados a efetivação dos direitos, como o profissional do serviço social, pois em tempos de crise acentuada e de uma realidade tão dura, não é a regra, mas é

quase para os assistentes sociais não conseguirem mediar de fato à inacessibilidade aos direitos dos usuários da saúde e, conseqüentemente, não construir práticas intersetoriais na saúde, não conseguir, sobretudo, elevar a qualidade do atendimento e realizar um atendimento humanizado. Coadunando com as inúmeras fragilidades e dificuldades postas ao serviço social, Iamamoto (2000), coloca que a questão decisiva para os assistentes sociais, diante de tanta complexidade é que:

As bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho [...] o conhecimento não é só um verniz que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado; mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado (IAMAMOTO, 2000, p.63).

De acordo com a autora citada acima, cabe, portanto, aos profissionais refletirem sobre as problemáticas que perpassam seus espaços de trabalhos, compreenderem e encontrarem estratégias para solucioná-los. De fato, é imprescindível reconhecer a magnitude do desafio para os profissionais que atuam na política de saúde, aqui em especial, os assistentes sociais, pois mesmo que os profissionais reflitam, decifrem, reconheçam e tentem clarear a resolutividade, é relevante dizer que nem todo problema será resolvido haja vista que é necessário um esforço conjunto de todos os profissionais que compõe a saúde para resolver problemas estruturais que dependem da articulação e luta de todos em busca da efetivação de fato do SUS.

É partindo desta compreensão que alguns autores entendem que a intersetorialidade pode ser uma estratégia relevante na busca de respostas das fragilidades sociais, entretanto, para que isso ocorra se faz necessário que a intersetorialidade seja estabelecida como estratégia de gestão e planejamento das políticas sociais brasileiras. Sendo assim, dentre os autores que estudam a temática da intersetorialidade no âmbito da saúde, em especial do serviço social, se faz necessário destacar as contribuições de Maria Dalva Horácio da Costa (2010) que discorre sobre a intersetorialidade não como um mero somatório de partes do conhecimento, mas entende a intersetorialidade como uma “[...] ação coordenada, conjugada por um objeto comum com base em uma clara direção social e/ou intencionalidade” (COSTA, 2010, p.218). Além disso, coloca que a intersetorialidade refere-se “[...] ao que se deve e ao

que se pode fazer juntos para responder às reais necessidades da população” (idem, 2010, p. 218). Complementa ainda, imprimindo que a intersectorialidade é

[...] mais que articulação ou coordenação das ações, pois envolve profundas alterações na dinâmica, nos processos institucionais, conteúdos das políticas setoriais e no próprio sistema de proteção social brasileiro. Requer mais do que articulação e comunicação entre diversas políticas setoriais, saberes e poderes. Exige, portanto, uma visão estratégica integrada e relações horizontais entre os diversos sujeitos coletivos, gestão do sistema e serviços de proteção social envolvidos (COSTA, 2010, p. 218).

Poder-se-á dizer, após a análise dos entendimentos dos autores acerca da intersectorialidade, que a intersectorialidade deverá ser compreendida e concebida de forma ampliada, bem como deve ser planejada e desenvolvida coletivamente, num processo democrático de participação. Além disso, se faz necessário o desprendimento de amarras individuais de saber, bem como de disposição para construção coletiva, devendo, portanto, ser apreendida como estratégia ampla de gestão que não desconsidera as contribuições dos diversos atores envolvidos.

Pretenderam-se, neste tópico, expor a atuação dos profissionais do serviço social amparada nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, bem como a relação do serviço social com a intersectorialidade e os desafios postos aos profissionais da área de saúde, em especial, os assistentes sociais, em compreender e aplicar a intersectorialidade enquanto estratégia de gestão e não apenas como meio de resolutividade de problemáticas entre setores. Ficaram, portanto, evidentes os desafios postos à profissão que, tendo feito uma opção consciente e radical pela promoção e defesa da classe trabalhadora, vê nesta mesma classe, além das metamorfose da questão social que se assombram, a tênue perspectiva de alcançar uma sociedade mais justa e igualitária.

3.2 Atuação do Assistente Social no âmbito hospitalar: intersetorialidade e integralidade como desafio profissional

O debate acerca da intersetorialidade tem sido tratado neste trabalho como requisito para a consecução de práticas pautadas pela integralidade. Entretanto, refletir acerca da intersetorialidade supõe pensar os seus diferentes espaços de construção.

Neste sentido, ao decorrer do trabalho, foram identificados três contextos diferenciados de construção da intersetorialidade, quais sejam: da formulação de políticas públicas, da gestão das políticas públicas e na execução de tais políticas, ou seja, no âmbito dos serviços. Estes diferentes espaços exigem, na acepção de Schütz e Miotto (2008) “[...] formulações diferentes considerando os aspectos técnicos, políticos e teóricos que os informam”. Considera-se, portanto, em função dos objetivos deste trabalho, que para o Serviço Social, é no contexto dos serviços³⁷ que há maior necessidade de aprofundar o debate acerca da intersetorialidade numa perspectiva da integralidade dos serviços. Sobretudo, porque são nos serviços os principais responsáveis pelo atendimento direto à população e espaços privilegiados de inserção dos assistentes sociais no campo da política social, nos quais os assistentes sociais atuam com profissionais de diversas áreas (SCHÜTZ e MIOTO, 2008).

Neste sentido, se faz necessário refletir acerca dos elementos – estes podem fornecer indicações importantes da categoria serviço como um dos espaços de construção da intersetorialidade, que perpassam ou compõe a execução dos serviços no âmbito da saúde, no qual os assistentes sociais atuam.

Neste sentido, Costa (2010, p.219) sublinha que do ponto de vista da organização dos serviços “exige esforços de construção de uma organização matricial que perpassa tanto o espaço da macro-política quanto o da micro-política dos processos de trabalho em saúde”. Em sua tese de doutorado, Costa (2010) afirma que “há fragilidade na gestão da política de saúde e na estratégia do SUS, haja vista que a intersetorialidade ainda não foi estabelecida como estratégia de gestão e planejamento de políticas públicas” como já colocamos anteriormente. Neste sentido, a autora acrescenta:

³⁷ Especificamente temos como foco os serviços assistenciais, os quais ao serem prestados à população, materializam as políticas sociais e, por conseguinte, os direitos sociais, contemplados pela Carta de 1988. Por isso, a questão dos serviços tem especial relevância para o assistente social, uma vez que estes profissionais atuam no âmbito do atendimento às demandas sociais dos usuários e também em relação ao acesso dos usuários a esses serviços (IAMAMOTO, 2007).

O que nos aponta para a dificuldade de incorporar a concepção ampliada de saúde e retrata a organização fragmentada e setorializada do trabalho em saúde: a influência exercida pela lógica privatista e biomédica na rede de atendimento, priorizando ações e práticas pontuais, curativas e em contrapartida as de prevenção e promoção de saúde. Portanto, a intersetorialidade não constitui objeto do conjunto das práticas em saúde e, como não pode ser absolutamente ignorada, vem sendo tratada como atividade de uma profissão (COSTA, 2010, p. 219).

Neste caso, pelos profissionais do serviço social no âmbito da saúde, que em sua maioria assume demandas intersetoriais que, por vezes, extrapolam a proposta do equipamento de saúde e seus parâmetros de produtividade, isto é, assumem e incorporam diversas determinações sociais que escoam para o SUS. Determinadas demandas que chegam para a política de saúde e são incorporadas pelo serviço social, demonstram que são expressões de diversas naturezas e deveriam ser entendidas numa perspectiva integral e em articulação com outras políticas sociais, em especial, a da assistência social, educação e previdência social. De acordo com Costa (2010) trata-se “de um trabalho ainda restrito ao espaço da micropolítica do processo de trabalho em saúde, basicamente orientações, encaminhamentos e/ou articulações”.

No entanto, nota-se que na realidade do serviço social, este tem realizado estas ações/atividades de cunho intersetorial, a partir do conhecimento adquiridos ao longo de sua prática histórica na área da saúde. No entanto, Costa (2010) adverte que:

Embora a intersetorialidade venha sendo tratada como atividade e não como diretriz estratégica na implementação da política de saúde no contexto do SUS, o trabalho de articulação intersetorial realizado pelos Assistentes Sociais constitui a mais permanente articulação entre SUS e as demais políticas sociais (COSTA, 2010, p. 49).

Com base nessas enumerações fornecidas pela literatura é presumível afirmar que no âmbito dos espaços dos serviços se desvelam uma série de informações profícuas, no sentido de aprofundar o conhecimento da forma como são executadas as políticas públicas, em especial a da saúde. Além disso, fornece um norte para adensar o debate teórico e construir metodologias no Serviço Social na perspectiva da intersetorialidade. Ressalva-se também, no âmbito do arcabouço da literatura analisada, a relevância do assistente social na construção da intersetorialidade, isto se dá em virtude de sua formação ser mais crítica e generalista,

además, por possuir uma maior capacidade de identificar, dentro do espaço profissional, as oportunidades de articulação para efetivamente atender o usuário numa perspectiva de integralidade no âmbito da proteção social.

É imperioso sinalizar, que Amaral (2007) em seus estudos acerca da construção da intersetorialidade nos espaços de serviços de alta complexidade em saúde, ressalta que a

[...] intersetorialidade na saúde a partir da necessidade de responder, de modo integral, as demandas complexas que chegam aos serviços de urgência e emergência, ocorre em três níveis de articulação setorial na saúde: no âmbito da formulação; da gestão e, no âmbito de execução dos serviços. [...] no campo da assistência à saúde, as atividades intersetoriais estão classificadas em três grupos: 1) ações que desenvolveram articulações dentro do próprio hospital; 2) ações que exigiram articulação no âmbito do sistema de saúde e; 3) ações que exigiram articulações com outras políticas públicas (AMARAL, 2007, p.62).

Pensar o espaço hospitalar, em especial nos hospitais públicos, que recebem as demandas da população primeiramente com o objetivo de atender suas necessidades médicas, ou ainda, podemos dizer, em situação de doença. Nas considerações de Rios e Dal Prá (2011, p. 232) situações estas que a “competência dos hospitais não atenda as demandas dos usuários ou não possa realizar o acompanhamento dos mesmos, estes deverão ser encaminhados para a rede de proteção social”. É nesse movimento que ocorre ou não a articulação dos serviços e tem na figura dos assistentes sociais como um agente que articula, integra e dá unicidade ao todo, passando pelas diversas instâncias de funcionamento do equipamento e seus membros, bem como ultrapassa para diversas esferas políticas públicas para não ocorrer a interrupção do atendimento ao usuário, visto que atua na perspectiva de um atendimento pautado na integralidade e no conhecimento, da necessária compreensão sobre a relevância dos determinantes sociais, bem como do processo de adoecimento e recuperação. Desta forma, no interior dos serviços de saúde Junqueira (2005) afirma que:

A prestação de serviços é uma relação do cidadão com o prestador. Essa relação se dá entre dois atores, o prestador que realiza seu serviço mediado por uma organização que lhe dá suporte técnico e de infraestrutura, responsabilizando-se pela prestação dos serviços. Ela é de algum modo a executora de uma política social, vista como direito social e não apenas como atendimento de necessidades da população. Daí se dizer que a articulação entre serviços públicos e cidadão é uma relação entre atores, entre iguais, e não uma relação de subordinação, por exemplo, entre médico e paciente, onde o primeiro tem todos os direitos e o segundo é apenas objeto. Por isso essa relação de serviço e cidadão é uma relação entre atores, entre pessoas que têm direitos e como tais devem ser atendidos (JUNQUEIRA, 2005, p.3).

Ante desta afirmação, se faz essencial que os profissionais da área da saúde, em especial os assistentes sociais, e áreas afins, compreendam a concepção de rede e sua importância no sentido de subsidiar a efetivação de ações intersetoriais. Nas palavras de Rios e Dal Prá (2011, p.232-233) “esta temática requer articulação em sua prática, vinculação, ações complementares e a interdependência dos serviços, para assim, ser possível a efetivação da integralidade das ações em saúde”.

Nesta assertiva, o Ministério da Saúde corrobora que:

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégia para a garantia do direito à saúde. [...] Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros (MS, 2011, p.194).

Neste sentido, Rios e Dal Prá (2011) afirmam que:

As ações profissionais dos assistentes sociais diante da intersectorialidade requerem discussão sobre a atual conjuntura da política pública no âmbito da saúde. É preciso ter conhecimento sobre a política que está se articulando, e ainda sobre outras políticas que perpassam o atendimento aos usuários. As demandas que chegam ao Serviço Social no espaço hospitalar não se restringem apenas aquelas consideradas da área da saúde, mas sim, um conjunto de demandas e necessidades das famílias que precisam da articulação com outras políticas sociais (RIOS e DAL PRÁ, 2011, p.233).

Na direção, é imprescindível imprimir que o debate atual está densamente marcado pelo discurso recorrente em torno da necessidade de se buscar maior sinergia entre as ações sociais para atingir grau aceitável de eficácia social das ações empreendidas. Na marca dessa preocupação, a intersectorialidade surge como estratégia alternativa de gestão nas experiências mais recentes no campo das políticas sociais, especialmente no que se refere ao desenho as práticas no âmbito dos programas da saúde e da assistência social, mais evidentemente, no interior do Programa Bolsa Família. Assim, adentramos ao que se refere à prática do Assistente Social no âmbito da saúde, mais precisamente, no Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho (HPMGER), onde ela está organizada em plantões, programas e projetos, todavia, percebe-se que esta forma de organização se materializa de acordo com Vasconcelos (2002 *apud* MOREIRA, 2006):

[...] independentemente do tipo de unidade de saúde, das diferenças entre os usuários e das demandas dirigidas ao Serviço Social, os assistentes sociais [...] seguem uma *lógica de organização do trabalho* – estratégia de ação – que pode ser percebida nas ações mais ou menos padronizadas que realizam tanto no conjunto das equipes profissionais quanto individuais (VASCONCELOS, 2002, p.160 *apud* MOREIRA, 2006, p.22).

Assim, os Assistentes Sociais se organizam em forma de plantão³⁸, por este ser a forma mais comum de trabalho dos profissionais inseridos na área da saúde, especificamente,

³⁸ O Plantão se caracteriza por ser uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade/usuários; funciona na maioria das vezes em locais precários quanto ao tamanho, localização e instalação. Assim, um ou mais assistentes sociais, num mesmo espaço físico, aguardam serem procurados – de forma passiva - por usuários que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social; encaminhamentos realizados por profissionais/funcionários/serviços da unidade/serviços externos (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, guardas de segurança, atendentes, Recepção, Marcação de Consultas, assistentes sociais de outras

no âmbito hospitalar, ficando, portanto, visível a preferência da organização do trabalho em forma de plantões, o que de certa forma lesa o desenvolvimento das ações dos assistentes sociais que deveriam desenvolver uma prática que privilegiasse a Integralidade conforme os preceitos estabelecidos na Reforma Sanitária e da formação profissional entendida como preponderante na consolidação dos princípios profissionais, desta forma Vasconcelos (2002, *apud* MOREIRA, 2006) colocam que:

O que chama a atenção [...] é a prioridade dada às atividades no plantão em todas as unidades e o número expressivo de assistentes sociais que afirmam trabalhar a partir de uma inserção majoritária em plantão, independentemente do tipo de unidade de saúde e dos usuários. Esta questão é crucial tendo em vista as características dos serviços prestados no plantão, características estas que, frequentemente, determinam a respeitabilidade, a subalternidade, à aceitação, a força e/ou a influência que o Serviço Social possa ter na unidade como um todo, na direção das suas ações e na qualidade dos serviços prestados (VASCONCELOS, 2002, p.165 *apud* MOREIRA, 2006, p.23).

Deste modo, identifica-se no pronto atendimento do HPMGER, os plantões do Serviço Social se transformam em espaços para dar resolutividade de forma imediata, aos problemas e as demandas dos usuários, neles (nos plantões) as demandas que se apresentam para o Serviço Social são das mais variadas formas, dentre elas, destacar-se-á: pedidos para autorização de visita e/ou emissão de ficha para acompanhante; pedidos de orientações diversas; acesso aos serviços da unidade e/ou serviços externos; reclamações; encaminhamentos para consulta médica de outras especialidades que não estão inclusas no HPMGER, como ortopedista, dermatologista, neurologista, etc.; orientação previdenciária; pedidos de viabilização de condução; inserção na rotina da unidade; encaminhamentos e cadastro nos programas; viabilização de exames em outras instituições que compõem a rede de saúde; viabilização de leito e/ou unidade de terapia intensiva; transferência/remoção hospitalar, localização da família de pacientes internados; comunicação de quadro clínico para a família; providências quanto à violência contra idosos/mulheres/crianças; comunicação aos órgãos competentes quanto a agressão por arma branca ou de fogo e comunicação de óbito. Sendo, portanto, a partir dessas demandas postas ao serviço social, que os assistentes sociais recebem, ouvem,

unidades, etc.) ou pelos assistentes sociais que realizam outras atividades - geralmente relacionadas aos Programas - no interior da própria unidade de saúde (VASCONCELOS, 2001, p.123).

resolvem e/ou encaminham os usuários para o setor competente para dar resolutividade ao/aos seu/seus problema/as, objetivando, portanto, manter o bom funcionamento da unidade de saúde da qual está inserido.

Diante dessa lógica de organização do trabalho é visível que os assistentes sociais procuram dar prioridade ao atendimento das demandas ditas emergenciais dos usuários, priorizam, portanto, atender, segundo Moreira (2006 p.24) “àquelas demandas mais aparentes; as demandas por educação em saúde e por organização são negligenciadas pela maioria dos profissionais”. Sendo assim, verifica-se que a prática dos assistentes sociais do pronto atendimento do HPMGER não prioriza de nenhuma forma, a “*capacitação e a organização dos usuários dos serviços*” (idem). Neste sentido Moreira (2006) destaca que os assistentes sociais poderiam:

[...] contribuir através da sua prática profissional com o fortalecimento das representações dos usuários nos conselhos de saúde e de direitos do município [...]. A representação dos usuários nestes espaços de participação política e de controle social é descontínua, atrelada e subordinada ao aparelho estatal, os profissionais poderiam contribuir para a construção de consciência cidadã (MOREIRA, 2006, p.24).

Seguindo esta mesma linha de raciocínio, para colocar em prática ações propositivas, como as colocadas acima, primeiramente o profissional de serviço social precisar “identificar esta demanda como legítima e fundamental para sua prática profissional” como se pode verificar nas colocações de Vasconcelos (2002 *apud* MOREIRA, 2006) ressaltam que:

[...] a estruturação da política de saúde [...], acaba dificultando e muitas vezes inviabilizando que os profissionais possam se qualificar para seu exercício profissional cotidiano, por exemplo, no município do Rio de Janeiro não tem um plano de cargos e salários que incentive seus trabalhadores a procurarem qualificação profissional para atuarem nos programas e projetos municipais. *Da mesma forma acontece no município de João Pessoa, onde os profissionais do Serviço Social inseridos na área de saúde não têm uma política de cargos e carreiras que possa viabilizar o aperfeiçoamento profissional em busca da realização de um trabalho de qualidade que requer contínua capacitação teórica, política e cultural* [grifos nossos] (VASCONCELOS, 2002 *apud* MOREIRA, 2006, p.25).

Deste modo, se já é difícil, numa realidade complexa, perceber, sinalizar e priorizar demandas que estão visíveis, a necessidade de se abstrair da aparência da realidade trabalhada dificulta, ainda mais, segundo Vasconcelos (2002, p.179 a 180 *apud* MOREIRA, 2006, p. 25) “a sinalização, apreensão e priorização das demandas implícitas — demandas ocultas, que necessitariam de abstração, de desvendamento da realidade para serem percebidas”. Contudo, Rios e Dal Prá (2011) endossam reafirmando que não só os profissionais da saúde, mas, sobretudo,

Os gestores das diferentes políticas sociais precisam buscar e/ou organizar suas ações no sentido de estabelecer um planejamento conjunto, bem como desenvolver diretrizes, orientações e capacitações que auxiliem os profissionais a repensar o seu agir cotidiano, suas ações e encaminhamentos. Entendemos que os profissionais e as instituições que trabalham pela garantia dos direitos dos cidadãos, devem ter responsabilidade em suas ações para com os usuários (RIOS e DAL PRÁ, 2011, p.233-234).

Incumbe ressaltar que de acordo com Comerlatto *et al*, (2007):

[...] a construção da intersetorialidade se dá como um processo, já que envolve a articulação de distintos setores sociais possibilitando a descoberta de caminhos para a ação. Como um meio de intervenção na realidade social, impõe a articulação de instituições e pessoas para integrar e articular saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações, construindo uma rede (COMERLATTO *et al*, 2007, p. 269).

Corroborando com a concepção mencionada acima, poder-se-á dizer que a intersetorialidade é um novo conceito que está se apresentando e que possibilita o atendimento integral do usuário, considerando, no entanto, a articulação entre os serviços e as políticas sociais. Todavia, a integralidade, prevista nos princípios e diretrizes da Lei nº 8.080/90 é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, s/p).

3.3 O Serviço Social no Hospital Edson Ramalho: Sujeitos da pesquisa

O HPMGER foi criado pela lei nº 4.729, de 16 de setembro de 1965. Construído e inaugurado em 1966 pela Polícia Militar, com a finalidade de prestar assistência médico-hospitalar aos militares e seus familiares. De acordo com o decreto nº 11.915, de 22 de abril de 1987, passou a fazer parte da Fundação de saúde do Estado da Paraíba, passando a atender não somente aos militares e seus familiares, como também a toda a população através do SUS. Em 1991, de acordo com o Decreto nº 14.073, de 02 de setembro, do Governo do Estado da Paraíba, sua estrutura administrativa foi transferida da Secretaria de Saúde para a Polícia Militar.

Este se encontra localizado à Rua Eugênio Lucena Neiva, s/n, Jardim Treze de Maio, João Pessoa/PB. Telefone (83) 3218-7994 presta serviços não só aos militares, como também, à população civil, obedecendo à regulamentação do Sistema único de saúde e compondo em caráter relevante a rede hospitalar do município sendo também referência Estadual na prestação de assistências de média complexidade.

De acordo com o Jornal A UNIÃO (2011), cerca de “10 mil pessoas por mês que procuram o Instituto Hospitalar General Edson Ramalho, entre 40% a 50%, é oriunda do interior do Estado, que busca - em sua grande maioria - assistência cirúrgica, clínica, bem como na maternidade, através do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Como dito anteriormente, o HPMGER é uma instituição de médio porte, sendo constituído, essencialmente, por: Pronto Atendimento (PA), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Clínica Cirúrgica e Médica (CCM), Unidades de Apoio de Diagnósticos (UAD), como: laboratório, radiologia, ultrassonografia, endoscopia digestiva alta e colonoscopia, eletroencefalograma e ECG. Além de oferta consultas ambulatoriais reguladas pelo Programa de Saúde da Família-PSF nas diferentes especialidades a exemplo da angiologia, odontologia, otorrinolaringologia, oftalmologia.

Outro setor é a Maternidade onde são realizados atendimentos inerentes a sua natureza e dispõem de UTI – neonatal, oferecendo maior segurança aos profissionais e usuários em situações que demandem essa estrutura. Nesta também é desenvolvido o programa que se destina a esterilização espontânea de homens e mulheres, através das cirurgias de vasectomia e a laqueadura, tendo bastante procura por parte da população, chegando a registrar a cada

mês, uma média de 50 procedimentos, sendo respectivamente vinte em homens e trinta em mulheres. Atualmente o hospital é a única unidade de saúde credenciada no serviço.

O hospital ainda acolhe em sua estrutura interna desde 2004 o Programa do Ministério da Saúde de Reabilitação Auditiva de Próteses que tem se destacado devido sua importância para qualidade de vida do usuário e também pela expressiva distribuição gratuita de próteses auditivas ao longo desse período. Na ocasião da pesquisa já superava o número 4.832 pacientes beneficiados, enquanto outros 2.640 estão aguardando sua vez. Vale salientar, de acordo com a Assistente Social responsável pelo setor, que mais 4.073 usuários fizeram consultas, mas não precisaram do aparelho.

No ano de 2003, o HPMGER passou a integrar o HumanizaSUS, do Ministério da Saúde. A fim de atender as recomendações desta política foram feitas algumas alterações na estrutura física dentre as quais podemos citar: construção da brinquedoteca e as adaptações feitas no PA, objetivando viabilizar a implantação da Classificação de Risco, possibilitando a inserção de profissionais do serviço social e psicologia na estrutura permanente. Os esforços para a afirmação desse modelo de atenção à saúde são numerosos, visto que a conjuntura sociopolítica – de desmonte das políticas públicas- e a cultura de reificação dos indivíduos e suas relações sociais dificultam o estabelecimento de propostas humanizadoras, voltadas para os usuários, os profissionais e a instituição hospitalar, concatenados numa dialética capaz de conduzir a um novo paradigma no campo da saúde.

Apesar de não ser hospital-escola, proporciona estágios curriculares para graduação acadêmica e nível técnico de enfermagem, bem como curriculares e extracurriculares a estudantes e profissionais de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Administração Hospitalar.

Pode-se observar que a instituição tem como objetivo prestar assistência as pessoas portadoras de enfermidade, ou com perturbações que necessitem de atendimento imediato.

Percebe-se que apesar do contexto histórico em que se constituiu o SUS, com o preceito constitucional “saúde direito de todos e dever do Estado”, uma das grandes problemáticas apresentadas é a insuficiência de vagas.

O Hospital Edson Ramalho, direciona seu atendimento a demandas de usuários do SUS, como também de planos privados de saúde. A origem desse público, geralmente, advém da capital - João Pessoa, principalmente de bairros da periferia, bem como das cidades do interior e circunvizinhas como Bayeux, Cabedelo, Santa Rita, Lucena e outras.

Pela procedência desses usuários, pelo fato da maioria pertencer a comunidades carentes, nota-se o baixo poder aquisitivo dos mesmos e a partir daí diagnósticos são lançados, com conhecimento desses dados, em relação a sua realidade socioeconômica. Esse fato ainda faz com que muitos deles, pela falta de recursos e instrução, desconheçam seus direitos de usuários e cidadãos.

Em virtude do grande público, acaba por acontecer uma precariedade de recursos em relação à demanda, que através de conversas informais com alguns usuários desses serviços, pôde ser constatado um grau de insatisfação, não correspondendo ao que se constitui como direito à saúde. Um fato que chama atenção é a falta de entrosamento entre alguns médicos e usuários, figura muitas vezes temida. Os usuários, em sua grande maioria, sentem-se constrangidos em esclarecer suas dúvidas, não se sentem à vontade em questionar e um fato bastante corriqueiro é que muitas das vezes, o paciente nem ao menos sabe qual o médico que o acompanha, justamente pela falta de diálogo, gerando um distanciamento entre profissional e usuário-paciente.

As reclamações e dúvidas, notadamente são dirigidas ao Serviço Social, cabendo a ele mediar às situações que surgem, utilizando-se do que é orientado no Projeto Ético Político e principalmente, levando a essa demanda o conhecimento de seus direitos, tirando-lhes a ideia de que um “bom recebimento” ou um “acolhimento de forma humanizada” é um mero favor ou gentileza por parte dos profissionais e sim, a prestação de uma assistência que deve ser feita de tal maneira, por que assim deve ser, configurando-se como direito fundamental da pessoa humana.

Na Instituição, o Serviço Social está inserido na divisão técnica da mesma, juntamente com a equipe de Odontologia, Nutrição, Farmácia, Psicologia, Medicina, Enfermagem e Arquivo. A implantação do Serviço Social nas atividades hospitalares se deu em abril de 1976, até o momento, não consta o acontecimento de concursos públicos na instituição o que reflete de certa forma, a insegurança dos profissionais, desenvolvendo, algumas vezes, inibição e até medo ao que diz respeito à tomada de decisões e inovações, sendo isto desenvolvido também, pelo fato de que muitos dos profissionais, terem sua prática profissional limitada às normas da instituição.

O Hospital Edson Ramalho, atualmente, conta com uma equipe formada por 22 (vinte e dois) assistentes sociais, onde o fazer do profissional na instituição, consiste na visita aos leitos, assim como conversas e entrevistas (na maioria das vezes informais) com usuários e acompanhantes para diagnosticar o contexto social em que está inserido aquele paciente,

liberação de ambulância, liberação para a inclusão na lista de refeição para os acompanhantes, contato com os familiares para comunicação de alta e realização de exames, comunicação de óbito aos familiares, transferência de usuários para outras instituições, preenchimento de fichas para solicitação de doação de sangue, assim como para autorização de acompanhantes, autorização de visitas, palestras com usuários/familiares, e alocação de UTI para os pacientes em estado grave em outra instituição que compõe a rede do SUS no Estado e fora dele, etc.

Os instrumentos utilizados para o trabalho do assistente social na instituição são: livros de ocorrência (cada setor possui um livro), fichas de evolução e de entrevistas sociais dos usuários, fichas de encaminhamento para doação de sangue e de autorização para acompanhante, lista de refeições, assim como outros instrumentos trabalhados por eles, mas que não são próprios do Serviço Social como resumos de alta e outras ferramentas.

Na instituição, o Serviço Social possui atribuições determinadas para sua prática:

- ✓ A realização de entrevista com a finalidade de identificar o contexto familiar junto ao usuário ou família no momento da internação, orientando sobre as normas do hospital e solicitando doação de sangue;
- ✓ Autorização e orientação aos acompanhantes;
- ✓ Realizar visitas nos leitos dos pacientes, identificando possíveis queixas e encaminhando aos setores competentes, bem como a presença da família;
- ✓ Solicitação de vagas em outros hospitais e providenciar transferências de pacientes para internamento ou exames após contato prévio com os hospitais ou unidades de saúde;
- ✓ Visitar os setores de urgência para realização de levantamento de usuários que aguardam vaga para internamento neste hospital;
- ✓ Comunicar altas e óbitos aos familiares.

Tais atribuições são realizadas pelos profissionais a partir das situações apresentadas pelos usuários durante os plantões. É visto que o regime de trabalho através de plantões dificulta um melhor acompanhamento de situações (casos) que mereciam um tratamento e acompanhamento específico, visto que, embora fiquem anotadas no prontuário do paciente e/ou no livro de ocorrência, as recomendações nem sempre são eficazes para o paciente.

No serviço social das clínicas, o trabalho é desempenhado por duas Assistentes Sociais e consiste em: realizar visita aos leitos; fazer entrevistas sociais; contato com a família para comunicar altas ou óbitos; esclarecer às famílias sobre as normas e rotinas do hospital e também sobre doação de órgãos; liberação de acompanhantes; supervisão de estagiários; entre outros.

Em cada setor encontram-se os postos de enfermagem, é este local que encontramos os prontuários onde guardam todas as entrevistas e fichas utilizadas na rotina do profissional. É visto que é de extrema importância neste setor a interdisciplinaridade, para assim se ter um bom resultado no trabalho com o usuário.

O Serviço Social das clínicas é responsável pelas aberturas de visitas que ocorrem nos seguintes horários:

Visitas às enfermarias, maternidade e apartamentos:

- Visitas abertas: 08h00mim às 20h00mim
- Visita: 15h00mim às 16h00mim

Visitas ao CTI:

- Manhã: 11h30mim às 12h00mim
- Tarde: 16h30mim às 17h00mim

Das 17 às 17h30mim o médico plantonista do CTI passa a situação (quadro clínico) de cada paciente aos seus familiares. A visita é aberta e acompanhada pelos profissionais do Serviço Social e da Psicologia. Visita a Semi-intensiva ocorre apenas no horário da tarde das 15h00mim às 16h00mim.

Somado aos setores de Clínica médica\cirúrgica e apartamentos temos a UTI, a Semi-intensiva e a clínica de infectados. Nestas é necessário usar equipamentos de proteção individual (EPI) e não é permitido acompanhante, apenas visitas no horário programado. Vale ressaltar que quando é requisitado por parte dos familiares, ao assistente social visita fora do horário estabelecido, este intervém a fim de atender o pedido visto que compreende que os ganhos obtidos com a presença da família são superiores aos riscos à saúde. No CTI as visitas, além dos horários fixados só é possível se houver consenso entre a avaliação do Assistente Social e do médico intensivista.

O processo de admissão do paciente se dá por duas vias: primeiramente esse usuário passa pelo balcão de acolhimento, este que se localiza na entrada da instituição, logo depois o usuário será encaminhado, em sua maioria, para a clínica cirúrgica para procedimentos eletivos e também pode ser encaminhado para o setor de clínica médica infectado, sendo esta área direcionada para usuários que após avaliação do especialista terão que se submeter à amputação de algum membro, ou esteja necessitando de atendimento específico devido quadro infeccioso. A outra contemplar o PA, porta de entrada pelo qual adentram o número mais elevado de internamentos.

O Pronto Atendimento funciona 24 horas e conta com o profissional Serviço Social desde 2003 conforme já mencionado. Ao entrar na instituição o usuário se direciona até a recepção de atendimento para preencher a ficha do atendimento, depois é encaminhada pelo acolhedor (enfermeiro) ao setor de classificação de risco que irá avaliar o usuário e classificá-lo de acordo com seu grau de urgência, essa identificação é feita através de pulseiras, onde a cor das mesmas determina o tipo de atendimento que será feito e a prioridade de cada usuário.

Depois deste processo, o usuário será encaminhado pelo facilitador ao atendimento médico e de acordo com este atendimento será medicado, se o caso for simples, ele será atendido na sala de aplicação de soro, se já for um caso mais complexo que requer um maior acompanhamento, ele será encaminhado para as salas de Pronto Atendimento I e II, ou nos casos mais graves na sala de Reanimação, ou em observação na sala do cirurgião.

Existe ainda uma comissão de educação permanente - CEP, que realiza formações com todos dos profissionais inclusive com os facilitadores, mas em virtude da rotatividade que vem ocorrendo, visto que a maioria dos profissionais não são concursados, tem resultado em atuações equivocadas por parte de alguns. Esses facilitadores de uma forma geral não são preparados para essa tarefa, não recebem nenhum minicurso ou palestra, para poder se orientar em suas atribuições, pois muitas vezes, em vez desses “facilitadores” facilitarem o atendimento do usuário, dificulta com “bate-bocas” com os usuários, não mantendo assim o perfil de um facilitador. É notório que todos estes que estão em contato direto ou indiretamente com o usuário deveriam receber cursos de atendimento ao público e principalmente de Humanização no hospital.

As salas de observação e medicação são pequenas, ou seja, sem estrutura física, e apesar de terem passado por uma reforma recentemente ainda não oferece um atendimento adequado. Além disso, apesar do uso das pulseiras para identificar o grau de risco dos usuários, todos eles ficam na mesma sala, não havendo uma divisão por categoria de doença,

ou seja, usuários que estão apenas com uma gripe ficam juntos de outros com princípio de AVC, pneumonia como por exemplo.

Cada PA (I e II) possui 6 leitos, totalizando 12 leitos, na sala de parada e na intitulada “sala do Zeca”, em homenagem a um médico, apenas 1 leito, somando dois e na sala de venóclise os usuários ficam em cadeiras do “papai” e quando todas estão preenchidas, em cadeiras de plástico sem acomodações adequadas, e ainda os demais muitas vezes ficam em macas e cadeiras de rodas. Só existe um posto de enfermagem para suprir a demanda naquele setor.

A sala do assistente social é inadequada para a demanda que se tem. O ambiente só tem um birô e três cadeiras para o atendimento aos usuários, não existe ventilação adequada e ainda tem uma acústica prejudicada pelos sons produzidos na sala de espera, inclusive pelo aparelho de TV, o que dificulta ainda mais o trabalho do Assistente Social, uma vez que atrapalha no atendimento ao usuário. Este local, é totalmente desprovido de sigilo, pois quando há a necessidade do assistente social realizar a escuta especializada, ele terá que se deslocar até a sala de administração do serviço social, ou pedir “emprestado” a sala da psicóloga.

No Pronto Atendimento o assistente social possui atribuições de fazer visitas aos leitos e recolher dados dos usuários, como idade, local de residência, verificando se está com acompanhante ou não, realizar entrevistas sociais no caso de internamento, solicitação de ambulância, fazer lista de liberação de refeição para os acompanhantes, esclarecer aos familiares sobre as normas e rotinas da instituição e sobre doação de órgão, supervisão de estagiários, comunicar o óbito aos familiares, entre outras demandas.

Pela procedência militar que a instituição possui, causa muitas vezes em virtude dessa peculiaridade, certa dificuldade no fazer profissional dos assistentes sociais, visto que muitas vezes, vagas que seriam oferecidas a usuários que aguardavam a um espaço de tempo mais longo, a espera dessa internação, são “cedidas” a militares e/ou familiares dos mesmos que chegam à procura dos serviços do hospital.

A maternidade do HPMGER faz parte do hospital Amigo da Criança desde 10 de novembro de 1999, onde foi idealizada e implantada conjuntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), tem como objetivo dar uma assistência humanizada e assegurar às mulheres em trabalho de parto, puerpério, nas patologias obstétricas e nos abortamentos, prevenindo a morbimortalidade, materno-fetal, respeitando sempre a autonomia, os direitos reprodutivos e

de cidadania da mulher, além de incentivar apoiar e promover o aleitamento materno. Comporta a maternidade:

- ✓ Balcão de acolhimento, logo na entrada do setor;
- ✓ Sala de espera para os usuários (triagem);
- ✓ Posto de enfermagem;
- ✓ Sala de pré-parto e curetagem;
- ✓ Sala de parto normal;
- ✓ Centro cirúrgico para as gestantes;
- ✓ Berçário;
- ✓ Enfermarias e apartamentos;
- ✓ UTI neonatal.

O trabalho do Serviço Social na maternidade se dá de forma dinâmica, onde tem forte influência nas decisões que serão tomadas em relação ao bem-estar do usuário, pois todas as questões que necessitem da intervenção do assistente social para chegar à resolução do problema, sua opinião é extremamente indispensável.

O assistente social orienta a todas as usuárias que é direito delas ter um acompanhante junto a ela principalmente no momento que a usuária está na sala de pré-parto, para assim ter um apoio psicológico positivo no momento do parto.

Para a acompanhante acompanhar sua paciente é preciso primeiramente que ela forneça seus dados para o preenchimento da ficha de procedimento informativo ao acompanhante no pré-parto, sala de parto normal e enfermarias. Nesse momento a assistente social orienta as acompanhantes e aos familiares sobre as normas e rotinas do hospital. Todo o acompanhante tem o direito às três refeições diárias.

A visita no setor da maternidade é das 15h00mim às 16h00mim, também existindo a visita aberta das 08h00mim às 20h00mim. Na maternidade são oferecidos os serviços de: Teste do pezinho; Vacinas (as primeiras doses das vacinas BCGH e Hepatite B); Serviço de cartório (registro gratuito) este último cumpre com o dever mínimo de disponibilizar a primeira cidadania à criança.

Os instrumentais de trabalho utilizado pelo Serviço Social na maternidade são: a ficha de identificação do acompanhante; a ficha de procedimento informativo ao acompanhante no

pré-parto, sala de parto normal e enfermarias; a ficha de reposição de sangue; e o panfleto informativo das normas e rotinas da instituição no setor de maternidade.

Os setores são coordenados atualmente pela assistente social Luciana Oliveira Cavalcante da Costa, CRESS 2792/13^a Região- PB, onde sua equipe é composta por 22 profissionais que atuam no regime de plantão, cumprindo a carga horária de 30 horas semanais.

Vale ressaltar no que sugere Amaral (2007) que os profissionais do serviço social que atuam na saúde devem dominar todo fluxo do serviço hospitalar, as instâncias de resolução, de prestação de serviços, bem como de toda a rede de proteção social, demais instituições e organismos de possível acesso pelos usuários. Portanto, verifica-se que os assistentes sociais do HPMGER possuem o domínio de seu trabalho e de suas atitudes, mostrando sempre serem objetivas e diretas em suas decisões, e atitudes para assim poderem passar segurança no trabalho realizado e disponibilizado ao usuário. Assinala, ainda, que o Serviço Social no HPMGER tem como princípio trabalhar com o usuário e seus familiares, para que assim, haja rapidez na recuperação do usuário de forma acolhedora, proporcionando assim bem-estar físico, mental e emocional a este.

O Hospital, por ser uma instituição de administração militar, ainda segue evidentemente por uma linha de militarismo (autoritarismo), pois é comum visualizarmos a preferência e a diferenciação no atendimento quando o usuário do serviço público é militar.

É visível que a postura mantida pelos assistentes sociais voltadas aos usuários se dá de forma humanizada, em sua grande maioria, respeitando-os sem discriminação de qualquer natureza e mantendo o seu compromisso com ética profissional, usando sua capacidade crítica e reflexiva para compreender a problemática dos usuários.

Portanto, é perceptível que a prática do mesmo na instituição, mesmo com um amplo campo de atuação, dá ênfase as atividades de repassar aos usuários as informações do hospital, ao que se refere a normas e regulamentos. Diante disso, o assistente social condiciona-se à um mero “técnico” na medida em que qualquer profissional de outra área pode desenvolver seu trabalho, visto a ausência de uma especificidade, tornando-se nessa ótica um mero executor de tarefas, preso ao imediatismo. Contrapondo o que Lória Lanza (2012) discorre:

O assistente social, em especial, devido a sua formação generalista, necessita ter esse conhecimento histórico da política de saúde, da epidemiologia, dos mecanismos de gestão entre tantas outras ferramentas. Assim, poderá identificar dos determinantes do processo saúde-doença e propor intervenções específicas e intersetoriais na busca pela saúde integral, articulando organicamente os saberes teóricos apropriados pela categoria, e expressos nas próprias diretrizes curriculares para os cursos de serviço social, com a realidade cotidiana dos serviços e das políticas sociais nos quais os profissionais atuam. Para isso, o projeto profissional já assinala a ênfase numa formação acadêmica qualificada e permanente, para que haja uma nova relação com os usuários, tornando-os sujeitos das ações profissionais (LANZA, 2012).

Nesta assertiva, ressalta-se que a relação dos profissionais com os usuários é bastante heterogênea, havendo profissionais comprometidos com o ideal de humanização e excelência assistencial, mais também aqueles que agem como se não devessem satisfações aos usuários como se estivessem fazendo um favor aos mesmos, talvez seja pelas condições de trabalho que são desfavoráveis a um bom atendimento. E o Serviço Social não foge dessa realidade – da benemerência e da tutela -, manifestada em pequenos gestos, ainda que inconscientemente. O fato da agilidade e da acolhida serem afetados por essas atitudes não significa dizer que os serviços deixem de ser prestados.

3.4 Conhecendo os sujeitos da pesquisa

Diante do exposto, este trabalho pretende realizar algumas análises sobre o perfil dos profissionais, bem como traçar os caminhos que o assistente social percorre em uma unidade de pronto atendimento de média complexidade; conhecer e apreender a relação do profissional do serviço social com a intersetorialidade a partir da inserção dos assistentes sociais no âmbito dos serviços de saúde, neste estudo, numa instituição de média complexidade. Além disso, este estudo compreende o adensamento da intercessão entre a intersetorialidade e a integralidade da assistência à saúde e, por fim, pretende-se suscitar uma reflexão do fazer profissional no âmbito hospitalar, especialmente, no pronto atendimento do HPMGER, apontando algumas possibilidades de mudanças no cotidiano do assistente social pautadas no Código de Ética, nas Diretrizes Curriculares, no Projeto-Ético-Político da

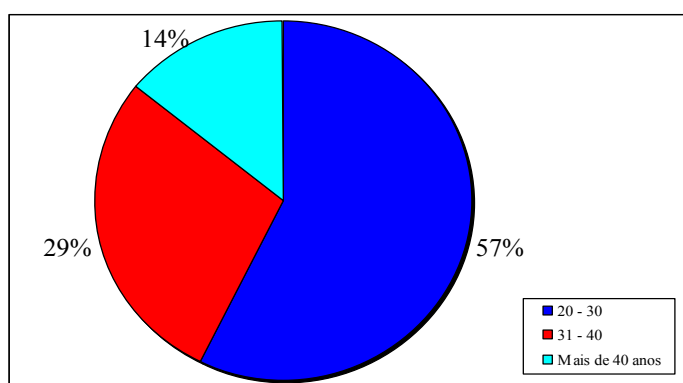
profissão, especialmente, nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde – elaborado pelo conjunto CFESS/CRESS.

Quanto à amostra, foram entrevistados 07 Assistentes Sociais, à época, que atuam no pronto Atendimento do HPMGER, o que corresponderia a 70% do total dos profissionais que desenvolve atividades no PA, sobretudo, o equivalente a 45,46% do total dos profissionais do serviço social da referida instituição. Adiante, ilustrar-se-á os dados coletados que compõem o perfil dos profissionais.

Concomitantemente, outros dados definiram o grupo estudado, tais como: faixa-etária, ao gênero, estado civil dos profissionais que constituíram a amostra deste estudo, ano de formação da graduação, nível de escolaridade (pós-graduação), ano de conclusão da pós-graduação, a área da pós-graduação realizada, carga horária desempenhada no HPMGER, o vínculo de trabalho na referida instituição, o tipo de vínculo de trabalho em outra(s) instituição(ões), a área de atuação do segundo vínculo de trabalho, quanto as horas gastas e à renda mensal no HPMGER. Visto que esses dados influenciam de alguma forma no fazer profissional, bem como na construção de ações que possam atender as especificidades dos usuários que buscam os serviços de saúde do HPMGER. Logo, objetiva-se com este, além do conhecimento acerca do perfil profissional, proporcionar aos profissionais da área, repensar tanto o fazer profissional, e a elaboração de estratégias para que possam planejar e implantar ações voltadas à intersetorialidade e o trabalho em rede na busca da integralidade da assistência a saúde, para realizarem as mediações necessárias à garantia do direito a saúde dos usuários do SUS que buscam a unidade de pronto atendimento da já mencionada instituição.

Com relação à faixa etária dos entrevistados e seus rebatimentos no âmbito do trabalho formal, podemos averiguar que a maioria dos assistentes sociais, estão numa faixa de 20 a 30 anos, como demonstra o gráfico abaixo.

GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA



Fonte: Primária

Observamos que os dados do gráfico revelam que 57% dos profissionais situam-se na faixa etária de idade entre 20 a 30 anos, 14% dos assistentes sociais apresentam idade superior a 40 anos, outros 29% encontram-se na faixa entre 31 e 40 anos. Portanto, infere-se que a incidência maior se deu na faixa etária entre 20 a 30 anos o que demonstra que há predominância de adultos em sua melhor fase ao desenvolvimento das atividades laborais.

Constatamos a partir dos dados coletados referente à distribuição por gênero, que os profissionais entrevistados, são 100% do sexo feminino. O que confirma a marca da feminização no Serviço Social que acompanha a profissão desde a sua gênese. Portanto, ratifica-se a “tendência histórica da profissão, a categoria dos (as) Assistentes Sociais, ainda é predominantemente feminina” (CFESS, 2005, p.18). Todavia, acredita-se que ela não se desenvolve espontaneamente e possui determinações histórico-concretas fundadas em uma cultura de subordinação das mulheres, com nítidos interesses de classe. Este fato pode ser percebido por meio da responsabilização das mesmas pela reprodução social, reforçando a naturalização de papéis conservadores de gênero.

Nesta perspectiva, faz-se necessário apreender criticamente as formas de construção das relações entre gênero e Serviço Social na sociedade capitalista. Portanto, a busca por desvelar a essência destes fenômenos impõe, necessariamente, a utilização da matriz teórico-metodológica marxista. Assim sendo, o estudo vem reafirmar o perfil da profissão com 100% da amostra, que é predominantemente feminino, o que incorpora, a nosso ver, os estereótipos que relaciona o serviço social ao papel de mulher atribuída historicamente pela sociedade (boa moça, mãe cuidadora, educadora, etc.). Como bem afirma Lyra (2006, p. 99):

[...] a ressalva de que a análise sociológica clássica apontando a dupla jornada de trabalho feminino está longe de ser refutada. O desenvolvimento das atividades laborais fora do lar não absolvem as mulheres das responsabilidades domésticas, que trabalham na reprodução de si mesmas e dos demais. Assim, o trabalho feminino conjuga o momento produtivo e reprodutivo num continuum (LYRA, 2006, p. 99).

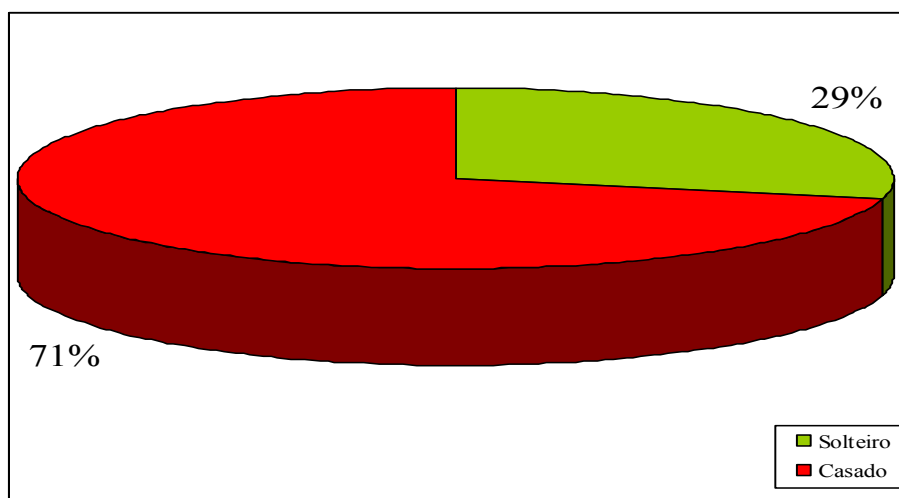
Contudo, vale ressaltar no âmbito do serviço social, que a categoria masculina, mesmo que minimamente, já se encontra presente nessa profissão e, principalmente desenvolvendo atividades de docência, como podemos perceber com mais clareza na Universidade Federal da Paraíba, que obteve um considerável aumento de professores do sexo masculino desde 2008 e, não só na docência, mas, sobretudo, na graduação e nos espaços de serviços do serviço social.

Aqui, concorda-se com Hirata (2002, p.281) quando a autora destaca que a divisão sexual é um aspecto da divisão social do trabalho, onde “a dimensão opressão/dominação está fortemente contida” e que esta divisão social e técnica são “associadas de uma hierarquia explícita do ponto de vista das relações sexuais de poder”. Da mesma forma, ressalta o que Azevedo (2002) sublinha:

[...] a divisão sexual do trabalho consiste numa distribuição diferenciada de responsabilidades e tarefas entre homens e mulheres fundamentadas em atributos biológicos e culturais, originando representações que definem e enquadram o trabalho masculino e feminino. Nessas representações o homem é associado à força, técnica e produção, e enquanto as mulheres são associadas à docilidade, delicadeza, fragilidade e reprodução. [...] com base nestas apreensões o trabalho da mulher extra lar é considerado complementar ao do homem já que há uma crença compartilhada de que sua função primordial relaciona-se a atividades reprodutivas (AZEVEDO, 2002, p. 22).

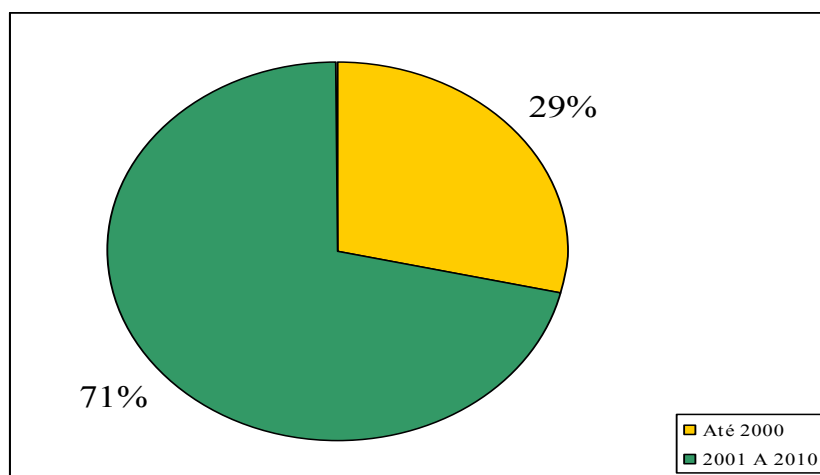
Todavia, refuta-se o mesmo autor quando ele destaca: “[...] torna-se ‘correto’ e ‘natural’ priorizar a qualificação masculina, capacitando-a as novas tecnologias [...]”, o que não é evidenciado na historicidade do serviço social e da maioria das profissões da saúde, como por exemplo, a enfermagem, a nutrição, a fonoaudiologia, etc., uma vez que esta é constituída por um maior numero de mulheres do que de homens, o que não quer dizer que estes não estejam presentes de forma marcante no âmbito da categoria, porém não mais e nem menos qualificados que àquelas.

Expressaremos, em seguida, a ilustração que diz respeito ao estado civil dos profissionais pesquisados, observa-se, portanto, no gráfico 2, que a maioria possuem/mantém uma relação entre cônjuges, especificamente, são casadas, portanto, além de desempenhar suas atividades laborais tem o papel de “cuidadoras” do lar, como mostra a ilustração.

GRÁFICO 2: DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO CIVIL DOS PROFISSIONAIS DO HPMGER

Fonte: Primária

Entre as integrantes da pesquisa, 71% são casadas; 29% afirmaram serem solteiras, além de em sua grande maioria, possuir graduação recente.

GRÁFICO 3: DISTRIBUIÇÃO POR ANO DE FORMAÇÃO DA GRADUAÇÃO

Fonte: Primária

Os dados nos mostram que 71% concluíram a graduação entre 2001 a 2010 e 29% antes de 2000.

Apreende-se com os dados acima que as profissionais de serviço social, ora em estudo, em sua grande maioria, graduaram-se após a reformulação do currículo de 1982, este que

culminou no currículo de 1996 e representou um momento decisivo para pensar a formação profissional comprometida com um novo projeto ético-político, manifestando a ruptura com o conservadorismo, o que demonstra que estas tiveram uma formação mais crítica, pautadas nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS.

O movimento de reformulação busca construir uma proposta de formação profissional que forme profissionais aptos a responderem às demandas contemporâneas. De acordo com Iamamoto (2003, p.172) uma “Reforma Curricular atenta às transformações nos padrões de acumulação capitalista – produção e gestão da força de trabalho – nas estratégias de dominação e no universo da cultura”. Logo as mudanças desenvolvidas nos padrões de produção e acumulação capitalista, representam uma resposta à crise que o processo de acumulação capitalista passa a sofrer a partir da década de 1970, quando tinha sua base estrutural no modelo fordista/ keynesiano – padrão da produção rígida.

Dessa forma, Iamamoto (2003) pontua que estas mudanças visualizadas no ‘mundo do trabalho’, não são alheias ao Serviço Social, as mesmas também ocorrem na relação de trabalho do Assistente Social e ao mesmo tempo com o usuário dos serviços sociais. Assim, é fundamental importância que

[...] a formação profissional possibilite aos assistentes sociais compreender criticamente as tendências do atual estágio da expansão capitalista e suas repercussões na alteração das funções tradicionalmente atribuídas à profissão e no tipo de capacitação requerida pela ‘modernização’ da produção e pelas novas formas de gestão da força de trabalho; que dê conta dos processos que estão produzindo alterações nas condições de vida e de trabalho da população que é alvo dos serviços profissionais, assim como das novas demandas dos empregadores na esfera empresarial (IAMAMOTO, p.180, 2003).

Neste sentido, notem que os caminhos percorridos historicamente, através de debates desenvolvidos pela categoria e que fundamentaram a construção do Projeto Profissional atual, materializado nas Diretrizes Curriculares aprovadas pela categoria em 1996 teve como ponto de partida a construção do Currículo Mínimo³⁹ do Serviço Social de 1982, este aprovado na Assembleia Nacional da ABESS13 em Natal – RN. Contudo, Assumpção (2007) ressalta que

³⁹ O currículo mínimo foi aprovado sob o Parecer 412/82 pelo Conselho Federal de Educação com prazo de dois anos para ser implementado nas escolas de Serviço Social.

os estudos apontam para uma formação profissional com base em práticas integrais há necessidade de

[...] uma formação acadêmica voltada para a Integralidade ou de capacitação continuada para os profissionais já inseridos nos serviços. Essa questão já está sendo repensada no meio acadêmico, pois muitos profissionais estão sendo formados sem noção do que esta prática verdadeiramente significa ou como funciona. Muitas universidades julgam ter currículos que instrumentalizam seus acadêmicos à Integralidade pelo simples fato de desenvolverem determinadas atividades em comunidade, quando se deveria compreender a Integralidade como uma prática a ser construída que se traduz em uma abordagem completa do profissional para com o usuário (ASSUMPÇÃO, 2007, p.67).

Neste sentido, Pinheiro (2006) em uma de suas pesquisas realizadas no LAPPIS (2004) ressalta que se faz necessário que as universidades preparem seus graduandos com uma visão pautada na integralidade, mas para que essa formação ocorra é “preciso que haja ferramentas pedagógicas que deem ao aluno condições para desenvolver habilidades e saber manejar o cuidado em saúde como um valor e um instrumento da construção da intersectorialidade e integralidade”. Assim, Assumpção (2007) ressalva que a reforma curricular é uma “mobilização favorável à elaboração de currículos que respondam ou estejam condizentes com as necessidades de saúde do país”.

A Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS - (1997, p.20-21) defende que a formação profissional tem como objetivo capacitar e orientar os profissionais para intervir nas expressões da “questão social”. Outra questão, materializada através das diretrizes é a consolidação da hegemonia da vertente de intenção de ruptura, que representa a fundamentação da orientação do projeto ético-político profissional. Tendo, ainda, como pressuposto “a vinculação entre a profissão e a ‘questão social’, apreendida no interior do processo de reprodução da relação entre o capital e o trabalho e o entendimento da prática profissional como trabalho” (NETTO, 1999, p.111).

Destarte, tais conteúdos – formação e trabalho profissional - vinculados à realidade social constituíram os núcleos que embasam as novas diretrizes curriculares dos projetos políticos pedagógicos das unidades de ensino, consolidando a apreensão crítica dos processos sociais na perspectiva da totalidade, onde os profissionais em questão gozaram deste

currículo, logo acredita-se que estão mais preparados teoricamente dos que não tiveram a oportunidade de apreender esses novos conteúdos no âmbito da academia.

Assim, o projeto neoliberal gera, portanto, o dismantelamento dos direitos sociais; o descumprimento da articulação prevista para as políticas da Seguridade Social e a distorção dos princípios⁴⁰ que deveriam nortear a Saúde, Previdência e Assistência Social. Ainda nesse sentido, conforme Behring e Boschetti (2007, p.156), as políticas sociais – a serem operacionalizadas também por assistentes sociais – são transformadas em:

[...] ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornaram-se mais limitadas, prevalecendo [...] a privatização, a focalização e a descentralização (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p.156).

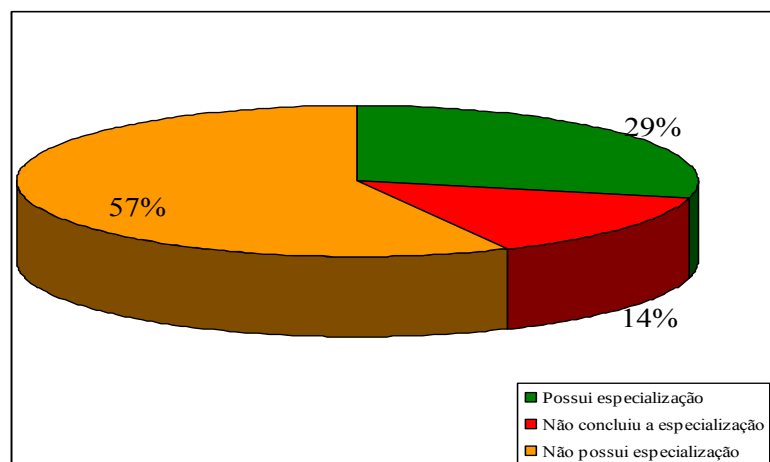
Essa realidade desencadeia fortes rebatimentos ao trabalho do (a) assistente social e, por conseguinte, à materialização do projeto profissional, afinal, como garantir e ampliar direitos sociais numa conjuntura que aponta para sua negação ou para sua existência de forma precarizada, muitas vezes a cargo de outras esferas que não a estatal⁴¹ ?

Quanto à existência de pós-graduação os dados revelaram a predominância das que não a possuem, como mostra o gráfico abaixo.

Quanto à existência de pós-graduação os dados revelaram a predominância das que não a possuem, como mostra o gráfico abaixo.

⁴⁰ Universalidade na cobertura; uniformidade e equivalência dos benefícios; seletividade e distributividade; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade no custeio; diversidade do financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração (CF/1988, art. 194).

⁴¹ A redução do papel do Estado no campo social culminou na transferência de suas responsabilidades a outras esferas, das quais, a privada e o terceiro setor (sobretudo ONGs) têm especial destaque.

GRÁFICO 4: DISTRIBUIÇÃO POR EXISTÊNCIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Fonte: Primária

A leitura do gráfico posto acima revelou que 57% não possuem Pós-Graduação, o que para nós está relacionado com a dupla jornada de trabalho, bem como a polivalência do trabalhador, uma vez que não dá para conciliar o trabalho com os estudos, logo dão preferência ao trabalho, pois “atualmente tem-se um contingente cada vez maior de assalariados fragilizados e ameaçados pelo desemprego” (ANTUNES, 2002, p.175), ou seja, hoje a relação com o trabalho é vivenciada na angústia, na inquietação e no temor de perder o emprego e de sofrer as duras consequências que isso representa, logo se percebe que a reestruturação do capital com sua prevalência sobre a força humana é um processo destrutivo, onde gera-se uma imensa redução dos níveis de emprego e, agrava a vulnerabilidade dos trabalhadores com, principalmente, a precarização das condições de trabalho e qualificação profissional. Um percentual de 14 % não concluiu a especialização e 29% das entrevistadas possui especialização concluída.

Constatamos que dentre as assistentes sociais, incorporadas ao grupo pesquisado, que realizaram especialização, e a concluíram há quatro anos atrás.

Percebe-se que atualmente continua progredindo a profunda e agressiva política neoliberal que identifica o mercado como portador de “racionalidade” sociopolítica e principal promotor de bem-estar da sociedade, atribuindo à universidade um caráter “operacional”, cujo resultado dessa ótica é a crescente fragilização das funções precípuas da instituição universitária, como preservação e transmissão do patrimônio científico e cultural acumulado, a produção de novos conhecimentos e tecnologias, a criação artística cultural, contribuindo para a crítica e renovação da vida cultural, o que não pode ser reduzido a uma lógica contábil e quantitativa, perdendo assim a qualidade do ensino superior.

A perspectiva de desregulamentação ampla das relações sociais e econômicas, vem atingir diretamente a espinha dorsal do ensino superior e o exercício profissional do assistente social. Fundada na flexibilização dos processos de formação acadêmica e da prática profissional, o conjunto de medidas como, por exemplo, “mestrados profissionalizantes”, diminuição do Currículo Geral através de “cursos sequenciais”, cursos de graduação à distância, que impactam diretamente na concepção de profissão e de profissional que se quer formar. Conforme carta aberta dirigida aos trabalhadores e estudantes de serviço social, escrita e socializada pelo conjunto CFESS/CRESS e a Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social (ENESSO) em setembro de 2009:

[...] Desde o ano 2000, quando realizamos seminário conjunto das três entidades nacionais para uma análise da LDB e suas consequências para o ensino superior (Cf. Revista Temporalis nº 1, 2001), vimos mantendo uma posição crítica ao estímulo das forças de mercado na educação, incorporado largamente pela legislação brasileira [...] naquele momento rejeitamos os cursos sequenciais, que implicavam a diminuição da carga horária da formação e sua banalização, bem como a graduação à distância, cujos efeitos deletérios já eram identificados. Fazíamos ali também a crítica dos mestrados profissionais e ao aligeirando da formação de pós-graduação. Portanto, já são quase 10 anos de discussão.

Reafirmando, portanto, a posição contrária tanto a modalidade de ensino de graduação à distância em serviço social quanto aos mestrados profissionalizantes de curta duração, estes que ferem o que está posta nas Diretrizes Curriculares da categoria. Infere-se com base nos resultados de 100% das entrevistadas concluíram a especialização entre 2006 e 2009, se encontram empoderadas, pelo menos é o que se acredita, de leituras que digam respeito a temas transversais que perpassam o cotidiano dos profissionais do serviço social, principalmente, da realidade vivenciada pela política de saúde no Brasil e, em especial, na Paraíba na área da saúde.

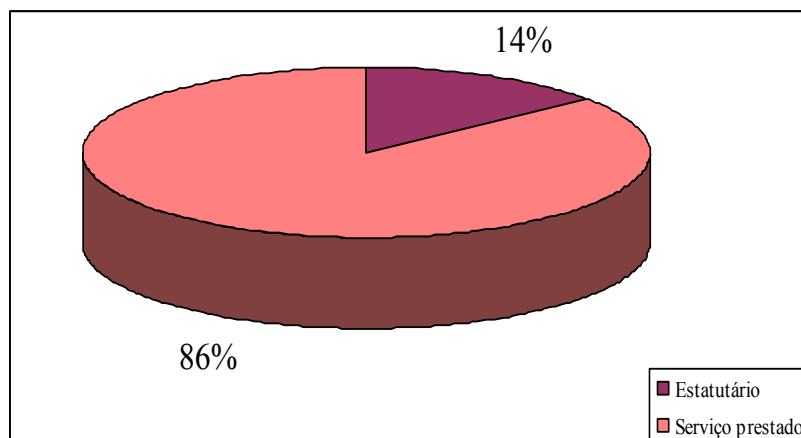
No que diz respeito à área de especialização, os dados confirmam que 100% dos 29% das Assistentes Sociais entrevistadas a realizaram no âmbito da saúde, o que evidencia o compromisso com a formação continuada e a necessidade de se atualizar perante as novas demandas apresentadas pela dinâmica cotidiana que se apresentam nos serviços de saúde. Além disso, para alcançar o objetivo de inclusão social e redução dos diferentes graus de vulnerabilidade a que está exposta a população, Assumpção (2007) destaca que “[...] deve

priorizar a produção dos conhecimentos científicos, capacitação dos profissionais de saúde (promoção de mudanças de atitudes), informação da população e atenção à saúde”, neste sentido, fica claro que a formação profissional é uma questão que está diretamente ligada à busca de práticas intersetoriais e integrais em saúde, pois conforme Henriques e Acioli (2005, p.298) o “debate sobre a intersetorialidade e integralidade facilita a perspectiva de novas abordagens que contribuam estrategicamente para a organização dos serviços e dos processos formativos”. Logo, pressupõe uma mudança radical no modelo de atenção das políticas setoriais; elas têm como incumbência executar um serviço articulado e criativo, e desta forma praticar a intersetorialidade numa perspectiva da concretização da integralidade em saúde.

Quanto à carga horária dispensada nas atividades laborais nas dependências do HPMGER, observa-se um percentual menor que 40 horas semanais e maior que 20 horas por semana, conforme o gráfico abaixo.

Nota-se que 100% das profissionais entrevistadas trabalham 30 horas semanais no HPMGER, o que confirma, no âmbito da instituição e com as profissionais pesquisadas, que o cumprimento da carga horária para profissionais da saúde, especialmente, do serviço social, está sendo cumprida, mesmo antes da aprovação da LEI nº 12.317, de 26 de agosto de 2010, pelo Congresso Nacional Brasileiro e sancionada pelo Ex-Presidente da República – Luiz Inácio Lula da Silva -, onde pontua em seu Art. 5º A que a “duração do trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais.”, e garante ainda em seu Art. 2º Art. a adequação da jornada de trabalho sem, no entanto, a redução salarial”. [...] Aos profissionais com contrato de trabalho em vigor na data de publicação desta Lei é garantida a adequação da jornada de trabalho, vedada a redução do salário, o que se pontua como ganho enorme para a categoria”, o que para a categoria é um ganho, essa redução da jornada de trabalho.

Conforme o gráfico que se segue, a maior parte dos profissionais do serviço social que desempenham atividades nas dependências do HPMGER são prestadores de serviço, o que revela a precarização do trabalho e a falta de cobertura da previdência social, uma vez que são prestadores de serviços e não estão inclusos no regime de trabalho postulado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

GRÁFICO 5: DISTRIBUIÇÃO PELO VÍNCULO DE TRABALHO NO HPMGER

Fonte: Primária

Visualizamos na ilustração acima, 86% das entrevistadas convivem com a prestação de serviços e com ela a voraz precarização do trabalho, com redução dos empregos formais do núcleo organizado e socialmente protegido da economia e o crescimento da externalização da produção, da terceirização e da subalternização da força de trabalho e sua inclusão nos setores caracterizados pela insegurança e desregulamentação, dada pela queda da participação relativa na oferta de empregos dos setores primário e secundário e a expansão do setor terciário que, apesar de seu crescimento, não consegue absorver quantitativa nem qualitativamente os (as) trabalhadores (as) deslocados dos outros setores, sobrepondo, a manipulação e o medo aos trabalhadores (MOTA, 2000, p.34). Como afirma Nogueira (2004a, p.13): “[...] o envolvimento manipulatório dos que vivem do trabalho perde seu caráter de controle, a sua face coercitiva, e assume a condição de mecanismo de ordem psicológica, incidindo sobre os sentimentos e emoções e tomando-se mais eficazes”.

Entretanto, com base na discussão desta autora, Costa (1998) afirma que a relação estabelecida na “‘interseção’ entre usuário e o trabalhador de serviços, leva este tipo de trabalho a requerer uma relativa autonomia do profissional”. Desse modo, considera-se a relativa autonomia uma característica dos serviços assistenciais, já que não se configuram em trabalho totalmente capturado.

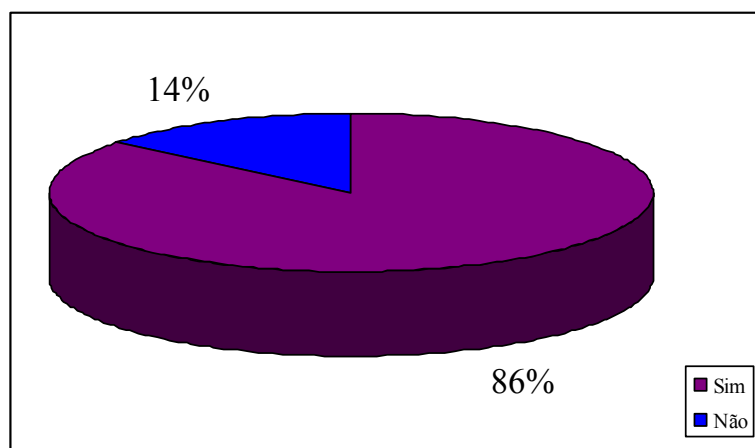
Nas discussões da literatura do Serviço Social, a questão da autonomia relativa tem espaço na discussão de alguns autores, dentre os quais, Iamamoto (2007). Para ela, a condição de assalariado do profissional cerceia sua autonomia. Acrescenta ainda, que a realização do trabalho do assistente social depende de meios que são de propriedade das instituições empregadoras, como “recursos financeiros, materiais e humanos”, consequentemente, o

próprio objeto de trabalho do assistente social sofre recortes pelas instituições empregadoras, nas palavras da autora supramencionada:

[...] A relação que o profissional estabelece com objeto de seu trabalho -, as múltiplas expressões da questão social, tal como se expressam na vida dos sujeitos com os quais trabalha-, dependem do prévio recorte das políticas definidas pelos organismos empregadores, que estabelecem demandas e prioridades a serem atendidas (IAMAMOTO, 2007, p. 421).

Ainda de acordo com os dados, comprova-se que 14% das entrevistadas não se enquadram no montante de prestadoras de serviço, mas sim, ao vínculo de estatutária, entretanto, está em desvio de função, conforme analisaremos mais adiante. Na próxima representação, verificar-se-á o vínculo secundário de trabalho dos profissionais do serviço social.

GRÁFICO 6: DISTRIBUIÇÃO POR VÍNCULO SECUNDÁRIO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO HPMGER



Fonte: Primária

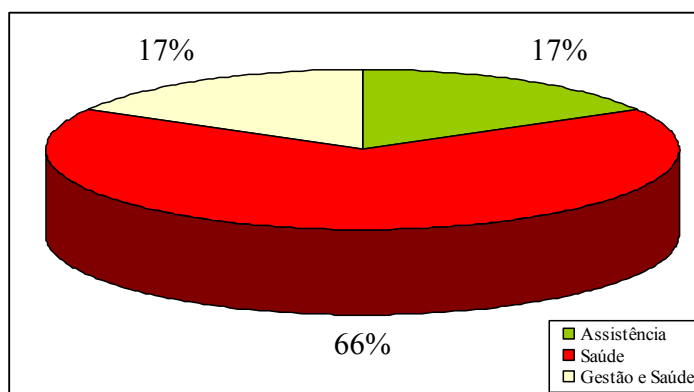
Na ilustração acima, os dados apresentam que 86% dos profissionais do HPMGER possuem vínculo secundário de trabalho e apenas 14% dedicam-se apenas as atividades do hospital em questão. Logo, comprova-se o que foi colocado na análise do gráfico anterior (gráfico 6), pois a grande maioria dos profissionais se enquadra na condição de prestadores de serviços, o que vem, por vezes, dificultar seu desempenho profissional fundamentado no Projeto Ético-Político do serviço social. Além disso, não podemos deixar de ressaltar a

precarização do trabalho, uma vez que os profissionais em questão vivenciam a jornada dupla de trabalho, seguindo uma rotina de plantões e ademais, Assumpção (2007) destaca que:

Além disso, as ações das equipes de saúde na efetivação de suas práticas, as quais requerem o exame crítico, tanto de seu modo de agir e de seus processos de trabalho, como na busca da desfragmentação de seus saberes e práticas sem perder suas especificidades (GOMES, PINHEIRO e GUIZARDI, 2005), são aspectos desafiadores para a superação das rotinas, dos protocolos instituídos, da “automatização” cotidiana (ASSUMPÇÃO, 2007, p.66).

O que está bastante visível na contemporaneidade é a defesa da equidade, onde está explícita os limites da liberdade burguesa, incompatível com a igualdade, a justiça social e a cidadania plena, pois a cidadania burguesa, no âmbito da democracia liberal é suporte para a desigualdade. Na representação que se segue, comprova-se que área predominante de atuação dos profissionais que possuem outro vínculo de trabalho, é a de saúde.

GRÁFICO 7: DISTRIBUIÇÃO POR ÁREA DO VÍNCULO DE TRABALHO SECUNDÁRIO

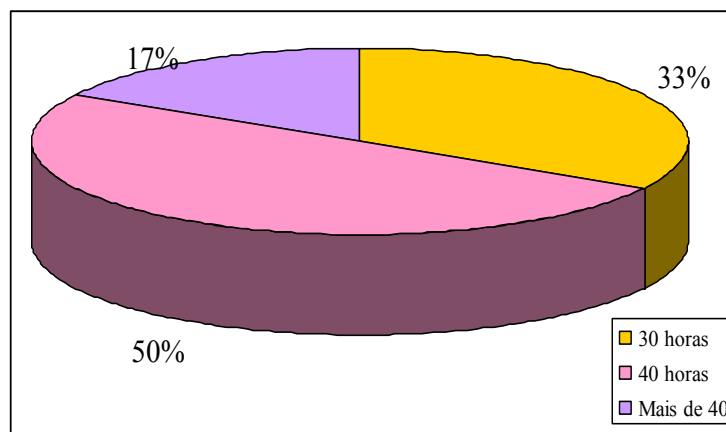


Fonte: Primária

Obtém-se, através dos dados, que 66% dos Assistentes Sociais que possui dupla jornada no trabalho, diga-se, além da jornada extra de “dona de casa”, atuam no âmbito da saúde; 17% além de atuarem no âmbito hospitalar atuam na Gestão em Saúde e 17% na Assistência Social.

Quanto à carga horária dispensada na instituição secundária, confere-se que as assistentes sociais, em sua grande maioria, trabalham 40 horas semanais após terem desenvolvido 30 horas semanais no HPMGER, como veremos no gráfico abaixo.

GRÁFICO 8: DISTRIBUIÇÃO PELA CARGA HORÁRIA DISPENSADA AO VÍNCULO SECUNDÁRIO DE TRABALHO



Fonte: Primária

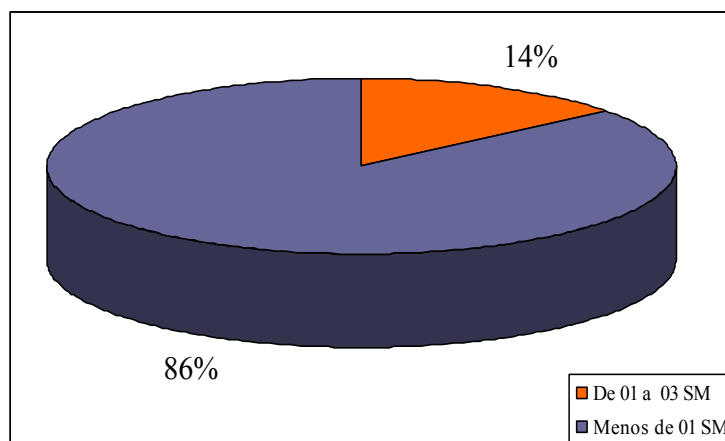
Os dados demonstram que 50% disponibilizam 40 horas semanais para as atividades laborais referente ao vínculo secundário que possui; 33% dispensam 30 horas, 17% mais de 40 horas que é bastante expressivo, se considerarmos que estes já desenvolvem 30 horas de trabalho no HPMGER e, por fim, constata-se que nenhum profissional está enquadrado nas 20 horas semanais.

Notem, a partir dos dados descritos acima, que mesmo com a aprovação da Lei de nº 12.317, de 26 de agosto de 2010 que define a redução da jornada de trabalho para os Assistentes Sociais, observa-se que não houve uma redução da jornada de trabalho para os profissionais em questão, mas um acúmulo de “vínculos” de trabalho, uma vez que a maioria destes convivem com a insegurança, pois são prestadores de serviços e não, possuem, portanto, as garantias postuladas na CLT e além disso, é louvável ressaltar que os profissionais da saúde vivenciam as condições diferentes das demais categorias, pois são submetidos a longa jornada, como constatamos a ilustração acima com 50% das profissionais estudadas possuem uma carga horária de 40h semanais acrescida mais 30h de seu vínculo primário de trabalho (no HPMGER), além disso desenvolvem atividades sob um estado de constante estresse, convivendo minuto a minuto com o limiar entre vida e morte, dor e

tristeza, choro e lágrima, e aliado a isso condições impróprias de trabalho, tripla jornada em função de ter que atender as demandas do lar, visto que 100% são profissionais do sexo feminino e a grande maioria casada, por isso a legislação reconhece a vários desses trabalhadores o direito à jornada de trabalho reduzida, o que não quer dizer que estas cumpram o determinado pela lei e se estabeleçam apenas em um único trabalho, pois o sistema capitalista somado aos baixos salários as “obrigam” a procurarem outros trabalhos, uma vez que não dá para sobreviver apenas com um salário mínimo, este que não é a realidade das profissionais pesquisadas, pois em sua grande maioria não recebem nem a um salário para atuarem no âmbito do HPMGER por serem prestadores de serviços e recebem apenas os honorários referentes a codificação do SUS.

No gráfico que segue, trataremos da renda mensal dos profissionais, onde se averigua que em sua expressiva maioria, recebe menos de um salário mínimo pelas atividades desenvolvidas na instituição.

GRÁFICO 9: DISTRIBUIÇÃO PELA REMUNERAÇÃO MENSAL DOS PROFISSIONAIS DO HPMGER



Fonte: Primária

Verifica-se no gráfico acima que 86% das assistentes sociais recebem menos de um salário mínimo para desenvolverem 30 horas semanais de trabalho no Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho e 14% enquadram-se na categoria que recebe de 01 a 03 salários. Os trechos a seguir materializam a precarização vivenciada pelos Assistentes Sociais.

O câncão pia agora'. Bom, a minha renda mensal eu sou assalariada, até porque estou em desvio de função. Não sou Assistente social do Estado, mas eu tenho uma gratificação de assistente social que seria o salário do assistente social aqui (...) como estou em desvio de função certa vantagem porque não sou Assistente Social do quadro do estado e aí essa gratificação vai elevar meu salário, que é o salário de Assistente Social daqui do Edson Ramalho é de 450,00, não chega a ser nem um salário mínimo, pra mim eu estou em melhor situação do que as colegas (Entrevistada nº 01).

Aqui? Como é serviço prestado, agente ganha só a produtividade que é menos do que um salário mínimo né? No total de RS 450,00. (Entrevistada nº 06);

Quando indagados se a remuneração era satisfatória os entrevistados se posicionaram do seguinte modo:

Claro que não minha querida! Você acha que o salário mínimo ou quais os salários mínimos ele satisfaz uma pessoa passa quatro anos numa universidade que envolve o processo acadêmico, que derrama sangue ali dentro, trabalhando 30h pra chegar no final e ter um salário desses? Fator crucial que faz com que o salário do Assistente Social seja tão baixo? A minha análise é: o campo ele é enorme, porém o campo de trabalho para Assistente Social ele é vasto, é grande, e ao mesmo tempo ele é limitado porque depende de instituição, hoje pra se adquirir um salário, um salário num trabalho de AS você tem que ir para um concurso, um concurso onde abrange todo território nacional, porque nesse ultimo concurso que houve para a saúde do estado, tem gente do Rio de Janeiro trabalhando comigo no hospital Clementino. Não falo de nossa formação, mas quem passou, passou por média, mas é difícil porque pessoas q não se envolvem q não tem tempo de estudar, de fazer um cursinho, de tá lendo, essa pessoa se torna mais limitada a entrar em um concurso porque às vezes a prova é até difícil. Eu n tenho tempo pra estudar, você com dois empregos de carga horária de 30h cada, soma pra tu vê o que sobra, sem contar com as suas necessidades pessoais, sem ser de trabalho, aí fica difícil. Então assim, eu atribuo também a esse baixo salário as dificuldades do mercado e há colegas que quer se inserir, eu mesmo pegava até pra ganhar 100, porque eu queria me firmar enquanto profissão, pra que eu estudei? Por isso que assim, eu ainda agradeço a Deus por tudo isso, porque eu tenho dois que seria o salário de um, que as colegas do Estado que são concursadas, elas têm o salário que eu ganho nos dois. Entendesse, então assim, o negocio é feio né? Quer dizer hoje para você ter um emprego, você tem que dispor metade de sua vida pra estudar pra concorrer com 24 mil, 20mil pessoas e só fica o ouro, só fica ouro, ouro (Entrevistada nº 01).

Muito satisfatória, é satisfatória porque depende muito da minha carga horária, e aqui no Edson eu dou dez plantões e pra essa carga horária tá bom o valor. Não, na outra instituição eu não considero satisfatória porque lá a responsabilidade não é só de dez plantões, a carga horária é bem mais alta e só tem um assistente social então sobrecarrega mais, mesmo ganhando mil reais, não se torna satisfatória por conta da sobrecarga de trabalho e o teor da responsabilidade (Entrevistada nº 05).

Percebe-se duas posturas, uma com insatisfação salarial e a outra bastante satisfeita, o que se pode aferir é que depende de como os profissionais estão incluídos na instituição e as condições de trabalhos que lhes são postas, como bem colocadas nas falas acima, que demonstraram insatisfação salarial pelas atribuídas a lei do mercado, onde a oferta e a procura dita as condições salariais.

Na direção de dar maior profundidade a análise acerca da compreensão em que os profissionais do Serviço Social, aqui os profissionais do pronto atendimento do Hospital Edson Ramalho, possuem acerca da intersectorialidade, na fala apontada pela assistente social nº 03, ressalta que:

(...) a intersectorialidade seria um novo modo de executar e planejar, né isso? Além disso a intersectorialidade envolve a territorialização e a participação (Entrevistada nº 03);

É difícil conceituar, é penso em níveis, em sujeitos envolvidos, sei lá... (Entrevistada nº 01);

(...) com base na minha prática, acho que as ações intersectoriais são as informações passadas aos usuários acerca de serviços de saúde: posto, hospital, como exemplo, um usuário que quer fazer um exame e ele não sabe em que lugar fazê-lo aí, então o serviço social orienta sobre a rede de serviços que ele pode acessar e tem direito (Entrevistada nº 06);

(...) não sabe se a palavra é uma prática, uma gestão, um exercício, acho que tudo o que se fala hoje em termos de política social está ligado a intersectorialidade. Acredito nisso porque a partir de minha experiência de trabalho em outra instituição que trabalho com benefícios assistenciais. Vejo que o tripé da seguridade que todo mundo fala e que está aí mesmo assim as políticas parecem descoladas, num há uma relação com a outra, só a política de assistência social. Então, acho que todo encaminhamento para a rede de serviços a intersectorialidade está presente (Entrevistada nº 07).

Apreende, das falas acima, que as assistentes sociais tentam conceituar a intersectorialidade a partir de seu exercício profissional, mas nem sempre visualizam neste exercício a ação intersectorial. Por isso, as profissionais acreditam que as ações se reduzem ao encaminhamento e ao repasse de informações, no âmbito dos serviços. Percebe-se, portanto, que em determinado momento, as assistentes sociais não conseguem observar a intersectorialidade em seu exercício profissional, porque seu espaço sócio-ocupacional possui um corte de só atender um determinado público. Por outro lado, em outro momento, outra profissional (entrevistada nº 07) demonstra saber do que se trata, pois em seu outro espaço de atuação – na política de assistência social, se faz necessário entender para resolver as celeumas que são postas e que necessita solucioná-los, para tanto relata que a intersectorialidade é “todo encaminhado que para a rede. O setor, no qual trabalha, está, no campo da gestão, previamente articulado com outras políticas e setores.

Neste sentido, as falas demonstram que as informações acerca da intersectorialidade pode ser um espelho da lacuna teórica que Serviço Social possui no que diz respeito a abordagem da intersectorialidade. Nesta direção, Schütz e Miotto (2008) colocam que,

[...] o Serviço Social tem tratado de forma bastante genérica a intersectorialidade, apesar desta ser uma temática de grande relevância para as políticas públicas, com as quais a profissão trabalha. Apesar disso, as informações expostas deixam patente que o exercício profissional das assistentes sociais mobiliza setores diversos no atendimento da população, o que contraria essa não identificação da intersectorialidade em suas ações profissionais (SCHÜTZ e MIOTTO, 2008, p.56).

A partir da literatura, poder-se-á dizer que coadunamos com os autores, com os quais abordamos no segundo capítulo, que há no âmbito da categoria do serviço social dificuldade dos profissionais não só em conceituar, mas, sobretudo, em compreender o que é de fato a intersectorialidade, embora esteja presente cotidianamente em seu fazer profissional, pois a intersectorialidade é pensada e praticada por eles (os profissionais do serviço social) como de “complementaridade entre setores”, “como prática”, “como princípio de redes”. Sendo assim, no vasto debate teórico acerca da intersectorialidade no âmbito da saúde em especial na saúde mental, aponta-se a necessidade de articular a sistematização da prática profissional, o debate ao planejamento, execução e avaliação, com base territorial. Contudo, se faz necessário abordar que apesar destas significantes indicações, os autores (Inosoja, Miotto, Sodré, Schutz,

Teixeira, Rios e Dal Prá, Sposati, Nogueira, Vasconcelos, Pontes, dentre outros) não apresentam uma definição unívoca de intersectorialidade, sendo abordada a partir de diferentes áreas do conhecimento o que dificulta a compreensão do conceito acerca da intersectorialidade, portanto, verifica-se, nesta direção, após as falas citadas acima, sinalizam para a necessidade dos autores do serviço social, bem como aos que fazem ou que estão no campo da gestão das políticas públicas viabilizem o conseguimento da articulação de ações intersectoriais, pois considera-se que a tarefa de construção da intersectorialidade não pode apenas ser uma responsabilidade dos profissionais, pois isso tem onerado os profissionais e, sobretudo, o acesso da população aos seus direitos, bem como a falta de entendimento acerca do que seja a intersectorialidade pode dificultar o atendimento do usuário de forma integralizada.

No que se refere aos objetivos e rotinas do Serviço Social no HPMGER observamos que eles variam de acordo com as demandas espontâneas que ali chegam. Assim, quando questionados acerca do objetivo da instituição no serviço de pronto atendimento, os interlocutores apresentaram as falas que seguem:

*O objetivo do Serviço Social é complicado, é meio complicado... o objetivo maior é mediar. De qualquer forma a instituição se preocupa com um bom atendimento, ela se preocupa com um bom atendimento e eu vejo de extrema necessidade, é realmente lá no PA ter essa Assistente Social lá na frente porque ela vai com certeza apaziguar as dificuldades que ali existe naquele local, porque é como se diz, a emergência do hospital ela abrange todo o estado, não é fácil de se trabalhar nela, pelas dificuldades in loco, dificuldades nós temos um atendimento vamos dizer mais ou menos de 150 a 200 por dia, é muita gente! Por dia, de dia durante as 12h é nessa faixa e as vezes tem atendimento que seria na atenção básica e que vem pra cá e que não é um atendimento de emergência, mas de qualquer forma entra na emergência para a classificação e aí que começa os problemas porque as vezes não é pra ser atendido aqui e acaba sendo atendido e estoura. Então o **objetivo da instituição é fazer a mediação** (Entrevistada nº 01).*

*[...] Acho que o **objetivo principal, é facilitar**, é conseguir que os usuários sejam bem atendidos e tenham seus direitos garantidos no atendimento. É agente também ajuda preferenciando os que têm a preferência no atendimento, agilizando as preferências, o **contato com as outras instituições que é feito pelo Serviço Social e sempre fazendo esse contato entre usuário e profissional e também responder as demandas que aparecem** (Entrevistada nº 04).*

A leitura sobre a intersetorialidade, no contexto das políticas públicas, em especial a da saúde (já assinalada no capítulo II) aponta que as dificuldades mais gerais de diálogo entre as políticas repousam no espraiamento dessas em três esferas gestoras que em muitos casos não partilham o mesmo paradigma de planejamento e gestão. Neste sentido, embora discordemos, em parte, com os entrevistados sobre o fato de que o objetivo da instituição em colocar o serviço social como porta de entrada da instituição seja meramente como “mediador ou facilitador” das demandas que ali chegam. Assim, cumpre-nos esclarecer que a entrada do Serviço Social nas instituições hospitalares de média e alta complexidade, está atrelada a uma nova lógica que determina a atuação das organizações, deixando de ser informada pela especialização, pela setorialização e pela autonomização, mas, conforme Junqueira (1997, p. 02) por “uma elaboração integrada de saberes e de percepções do homem e de sua realidade social”, ou seja, isso significa permear a organização por uma nova lógica, que exige compromisso e vontade política dos dirigentes de mudar suas práticas para oferecer aos cidadãos um atendimento de qualidade, sobretudo, antecipar aos problemas que possam surgir em virtude de fatores como a superlotação e ausência de serviços que deveriam estar disponíveis naquela instituição, portanto, o Serviço Social enquanto porta de entrada das instituições hospitalares na média e alta complexidade também exercem e reúne um papel relevante na incipiente dinâmica adversa as contradições entre concepção e forma de articular e operar as estruturas que congregam os serviços nos quais estão inseridos os profissionais do serviço social. Ou melhor, entre a concepção errônea que a teoria na prática é totalmente distinta.

Nesta perspectiva, foi possível identificar na fala da entrevistada nº 04 que a intersetorialidade está presente no seu cotidiano, pois promove a **"articulação de saberes e experiências no atendimento e realização de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando a resolutividade da problemática do usuário e o desenvolvimento social, superando a exclusão social"** (JUNQUEIRA & INOJOSA, 1997), **embora entendemos que** a intersetorialidade transcende o setor saúde que, em alguma medida acolheu e aprofundou as discussões iniciais e apontou para determinações dos problemas que chegam ao setor, que não podem ser tratados somente por ele, assumindo uma dimensão mais ampla, intersetorial (idem, 1997, p.24). Desse modo, se faz imprescindível que o Assistente Social realize a leitura dos espaços em que estão inseridos para entender a lógica da instituição, no qual presta serviços, para que se possa organizar suas práticas que só se concretiza quando há compromisso de mudar a lógica adversa a garantia dos direitos dos

cidadãos de forma integralizada, mudar a visão, não apenas dos dirigentes, mas de um número significativo de funcionários capazes de inovar, de ser o motor da mudança com a perspectiva de um trabalho em rede e intersetorial. Portanto, se faz necessário que o profissional do serviço social saiba diferenciar os objetivos da instituição ao contratar os assistentes sociais para operar os serviços de saúde do objetivo do Serviço Social na operacionalização dos serviços para os quais foram contratados, o que ficou claro nas falas dos profissionais que eles não conseguem fazer a distinção desses objetivos:

O objetivo do Serviço Social também é esse, é essa mediação, é que realmente os usuários que nos busca ta satisfeito e que agente tenta apaziguar as dificuldades q possam acontecer em algumas situação, como você mesmo conhece enquanto estagiaria, como é difícil esse local do hospital ele é um caldeirão fervente o dia todo, as 24h pode-se dizer, dias melhor dia mais difícil e assim, eu acho q o Serviço Social ele tem que está ali pra que as coisas aconteçam sem maiores transtornos, sem transtornos (Entrevistada nº 01);

A princípio é ajudar a equipe na classificação de risco, eu acho que é o maior principio e também a questão de receber as demandas com as contra-referências, de mandar um paciente de fazer um encaminhamento de pacientes para outras instituições (Entrevistada nº 03);

É dar a primeira assistência né? É dar todas as informais iniciais aos usuários acerca da instituição. Ele chega no PA então dali ele já vai começar a pegar todas as informações, a questão do acompanhante, as normas, as rotinas do hospital, então tudo começa do PA pra do PA já ser destinado pra os outros setores (Entrevistada nº 05).

Quando indagados a respeito de como se organizam no cotidiano para atender os objetivos institucionais, os profissionais se pronunciaram da seguinte forma:

Metodologicamente, agente trabalha com papéis, que teria que ser menos papéis, cada pessoa, cada Assistente Social tem a sua forma de atendimento, eu quando chego no setor pego o livro de ocorrência leio, me situo quem são os pacientes que estão internados na emergência, porque como o hospital tem limitação de vaga para demanda, agente acaba internando o paciente em local inadequado porque o paciente não tem condições de voltar para casa. Então assim, meu primeiro passo é me situar quem são os pacientes, ler a ocorrência e daí em diante vai fluindo o serviço, metodologicamente o caminho é esse (Entrevistada nº 01);

*Não me organizo para atender objetivos da instituição, mas do usuário, porém uso o livro de ocorrência e os inúmeros papéis que **a burocracia exige, porém acredito que dificulta o atendimento ao usuário** (Entrevistada nº 02);*

*Ai ai, boa pergunta! Bem diante das necessidades dos usuários, é o conhecimento mesmo dos usuários, cada plantão são diferenciadas as demandas, **então nunca tem uma prática, digamos eu vou fazer isso hoje, de repente acontece uma outra coisa e você tem que ta driblando todas as dificuldades que existe principalmente a burocracia que dificulta nosso atendimento, pois quando vamos transferir um paciente que está muito grave, isso dificulta bastante** (Entrevistada nº 03);*

Agente segue uma rotina né? Que já pelo setor mesmo, já tem aquela rotina que agente segue em todos os plantões que vai facilitar o nosso trabalho e como também as informações, sempre que chega alguém querendo saber alguma notícia ou para agilizar também, facilitar o contato, o atendimento também e essa relação que tem entre todos os profissionais né? essa interdisciplinaridade que agente sempre trabalha junto com os outros profissionais justamente para facilitar pro o usuário e um melhor atendimento pra ele (Entrevistada nº 04);

Êita, agora me perdi! Eu acho assim, eu como a maioria das profissionais da equipe do serviço social modéstia parte porque é uma equipe que trabalha muito, não desfazendo das outras profissões, mais agente procura fazer o melhor, agente é, eles falam muito aqui em humanização o Diretor, o atual Coronel. Agente vê o paciente de uma forma assim humana porque às vezes tem pessoas que vem trabalhar na área de saúde e não se identificam, fica com nojo do paciente, então assim, eles pedem pra que gente dar continuidade ao que ele, o objetivo das normas do hospital e é uma coisa que é do trabalho da gente, agente vê o usuário como um ser humano que precisa de uma orientação, então agente tem que resolver, viabilizar as questões os problemas (Entrevistada nº 06).

Logo, podemos depreender que a maioria dos profissionais, não só os que estamos abordando, mas do âmbito da Saúde em geral, apesar de afirmarem defender os princípios e valores do Código de Ética Profissional — que implica na adesão teórica e política de uma determinada teoria social: o marxismo —, na sua efetivação, isto é, na sua prática, acabam por reproduzir ações reiterativas e burocratizadas que, muitas vezes, inviabilizam o exercício dos direitos sociais pelos usuários dos serviços, porém não por vontade própria, mas pelas condições de trabalho que as obrigam. Nesta direção, podemos dizer que o chamado poder institucional se coloca frente à autonomia do profissional, uma vez que o trabalhador não pode traçar livremente suas escolhas. Podemos dizer, após a análise das falas acima, que a burocracia, por vezes, dificulta a atuação dos profissionais, pois foi percebido como um dos principais obstáculos no atendimento dos usuários, em virtude disso, profissionais percorrem

e muitas vezes driblam longos caminhos entre os serviços para conseguir realizar o atendimento do usuário.

Neste aspecto, alguns autores apontam para a burocracia que, como elemento cultura institucional, atravessa a realidade dos serviços:

[...] os serviços “burocratizam-se” num ato contínuo; exigem no seu processo de organização detalhes técnicos cada vez mais específicos, a fim de que atendam os interesses do poder e à orientação que esse imprime aos mecanismos que instaura para obtenção de seus objetivos (KARSCH, 1987, p. 26).

Sendo assim, os trabalhadores – aqui os assistentes sociais, no espaço dos serviços, muitas vezes, se apropriam da elocução institucional, em detrimento dos próprios objetivos profissionais, que estão a todo o momento em tensão com aqueles postulados pelas instituições. E, desta forma, forja-se uma superioridade de técnicas e normas sobre o usuário.

Além disso, na visão de Karsch (1987, p.35) os serviços também se apropriam de “homens, técnicas, estratégias, conhecimentos, força de trabalho e crenças, de modo a se tornarem grandes e poderosos, inacessíveis ao leigo, aquele que cumpre o papel auxiliar de suporte” e, portanto, não contribui com as decisões técnicas, mas, sobretudo àquele que se constitui no público a ser servido.

Contudo, Iamamoto (2007, p.426) coloca que a burocracia presente nesta relação preserva seria o “segredo da competência, reproduzindo hierarquias presentes nas instituições”. Discorre ainda que:

[...] esse ethos da burocracia impregna também na atuação dos profissionais de Serviço Social. A reiteração de procedimentos profissionais rotineiros e burocráticos na relação com os sujeitos podem resultar na invasão de um estranho no seu ambiente privado, muitas vezes aliada a uma atitude de tolerância com a violência que tem lugar nos aparatos burocráticos do Estado. Assim, faz-se necessário estimular a criação de mecanismos passíveis de desburocratizar as relações com os sujeitos que reivindicam direitos e serviços, melhorando a qualidade do atendimento (Ibdem, 2007, p. 427).

Assim, nesta perspectiva, podemos observar que apesar do assistente social ser, muitas vezes, o espaço “intercessor” entre usuário e instituição, o profissional representa um campo profícuo de mediações, em que o profissional não tem seu trabalho totalmente capturado e padronizado, sua autonomia é relativa, conforme podemos observar nas falas ao serem questionadas acerca de como organizam sua prática para atender os objetivos profissionais:

*A execução, o meu fazer diário na rotina do Serviço Social isso é a forma de me organizar. Eu enquanto Assistente Social é prazeroso eu está na linha de frente atendendo enquanto Assistente Social, as pessoas q me buscam e que às vezes ate a própria instituição me busca pra resolver algumas questões. **Como você se organiza para atender essa demanda que te busca?** bom se eu tiver atendendo eu mando aguardar e vou tentar encaminhar a solicitação que me é feita, vou ouvir a pessoa, a demanda dessa pessoa, o que é que ela ta necessitando e vou encaminhar, se for o caso p o próprio Edson resolver, com certeza vai resolver do contrário agente encaminha e orienta a pessoa buscar a solução no local devido (Entrevistada nº 01);*

Pronto, eu me organizo dessa forma: chegando no PA do Edson Ramalho costumo fazer uma visita em todas as salas de observação PA I e PA II, na sala também onde os pacientes tomam medicação que é a venóclese, quer dizer em todas as salas que tem atendimento eu passo a visita e convenço as pessoas, com os pacientes converso com os acompanhantes pra saber né, pra eu poder ficar a par de tudo que ta acontecendo né? Porque muitas vezes eu não to no plantão seguido, então assim eu sempre chego e passo essa visita pra ficar atenta, me apresento aos profissionais pra saber como é que ta. É dessa forma que eu me preparo, fazendo essa primeira visita (Entrevistada nº 02);

*Bem, como eu coloquei durante a visita aquilo que é rotina identificar o paciente, identificar o contexto se ele tem acompanhante, **se não ele não tem porque que não tem, isso aí é muito requisitado da instituição que agente venha de alguma forma harmonizar o fluxo para que não tenha tanto acompanhante dentro da urgência porque muitas vezes dificulta, até pelo espaço físico ser pequeno**, isso aí faz parte das rotinas hospitalares então **a instituição pede que o serviço Social esteja fazendo esta organização**, harmonizando o fluxo desses pacientes, então, **cabe a nós ter esse olhar de procurar fazer o que é pedido pela instituição mais não deixar de respeitar as devidas ações que são postas e que atribui o direito de acompanhamento de determinados públicos em específico**, porque assim, o objetivo era que pudéssemos deixar todos os paciente acompanhados, até porque é um direito assegurado deles na carta, porém existe também as normas institucionais e aí agente procura pelo menos deixar aqueles paciente idosos, paciente que tenha alguma deficiência, paciente menores de idades, paciente gestantes quando é o caso que venham para atendimento de urgência, agente fiscaliza fazendo valer o acompanhamento deles, bem como aqueles pacientes com quadros mais severos, com quadros clínicos que realmente impossibilitam as atividades da vida diária dele porque muitas vezes ele vem só pra atendimento de urgência e termina que fica na*

urgência e as necessidades diárias dele precisam ser realizadas (Entrevistada nº 07).

A partir das respostas podemos observar que falar ou atuar no campo da saúde, bem como se organizar progressivamente requer a apropriação de saberes ampliados e diversificados, dada a amplitude que o tema apresenta. Assim, compreendendo a organização no âmbito do trabalho, como um conjunto de aspectos que envolvem condições materiais e subjetivas, condicionantes do estado de saúde, observamos, então, a relação intrínseca que se estabelece com a satisfação das necessidades humanas e da instituição, no caso em questão do HPMGER.

Em outro momento da pesquisa, questionamos como é a rotina do Assistente Social no pronto atendimento, obtivemos as seguintes arguições:

*A rotina é justamente essa: chegar, me apresentar a equipe, saber como é que ta e, muitas vezes agente chega e o enfermeiro já passa que o paciente tal ta precisando realizar o exame pra entrar em contato com outra instituição que possa realizar um exame por exemplo, vou converso com acompanhantes a questão também. Pelo fato deles terem direito a alimentação né, principalmente, essas pessoas que são de fora, me preocupe bastante porque muitos deles chegam e às vezes não foi orientado que tem direito a alimentação e acabam ficando aí, como já vi caso, dois dias o acompanhante ficar sem se alimentar, pelo fato de não ter dinheiro para ir ali fora e ficou e ficou e pronto. Então eu acho assim, que o Serviço Social também tem esse grande impulso nessa questão em relação aos acompanhantes, as famílias dos pacientes. **Com relação aos instrumentais que são utilizados, o que você utiliza?** Bom, nós temos o livro de ocorrência que é registrado tudo aquilo que se passa naquele dia e esse livro de ocorrência ele é um grande instrumento assim, e eu fico pensando se não existisse, como seria né, porque o livro de ocorrência serve pra gente fazer aquelas anotações de tudo que acontece e agente fica a par de tudo que ta de plantões passados pro exemplo e assim, é um grande instrumento, instrumento bacana de trabalho e eu acho, sem ele o trabalho ficaria sem foco, bem bagunçado (Entrevistada nº 02);*

*Não tem rotina. **Como assim não tem rotina?** Quando eu estou no PA eu sempre passo visitas, me apresento aos demais profissionais, visito os pacientes que estão internos, os que estão em observação pra poder conhecer a realidade daquele PA lá que eu vou ta em contato o dia inteiro de plantão, pra poder dar uma maior assistência né?, ficando a par de toda situação que ta acontecendo ali de cada paciente, pra poder entrar em contato com as família também, poder ta vendo qual a situação da família ta tendo e poder ta ajudando de todas as formas e **principalmente realizar os encaminhamentos necessários para viabilizar a transferência dos pacientes que necessitam e nessa tarefa eu encontro bastante dificuldade***

de entendimento entre setores e profissionais daqui e de outros hospitais
(Entrevistada nº 04);

*Eu me organizo a partir da leitura do livro de ocorrência, depois da visita que realizo em todos os leitos dos pacientes e a partir da leitura do prontuário, pois é a partir daí que minha organização diária começa. Vejo quais são os encaminhamentos que preciso fazer para resolver os problemas. Sempre falo que é **extramamente importante o diálogo que nós assistentes sociais possuímos com os demais profissionais de outras instituições para viabilizarmos a solução para o problema dos usuários e muitas vezes, os problemas são resolvidos a partir dos encaminhamentos que nós fazemos.** É o trabalho em equipe e intersetorial que realizamos, sempre buscando a integralidade dos serviços e do atendimento integral do usuário, **porém esse trabalho tem muitos entraves devido a relação entre os profissionais** (Entrevistada nº 07).*

A partir do que foi colocado, compreende-se que ao abordar a realização destas rotinas de trabalho empreendidas pelos assistentes sociais que atuam no contexto da saúde, Costa (2000) evidencia que o cotidiano destes profissionais é significativamente marcado pelo constante contato com a população, como ressaltado nas falas acima, apesar de ser bastante mediado pela aplicação de tarefas disciplinares. Especificamente, no PA, assim como observa a referida autora, o assistente social é o profissional que faz o “primeiro contato/atendimento com os pacientes encaminhados para as diversas clínicas especializadas”.

Aqui observa-se que as assistentes sociais fazem a relação da intersetorialidade com os encaminhamentos para a rede dos serviços de saúde, que de certa forma, o encaminhamento se dá em forma de orientação dialogada com os outros profissionais que compõem a rede, pois ele (o encaminhamento) se constitui parte do processo de construção da intersetorialidade, além de ser uma forma de acesso para o usuário em outros serviços. Evidenciou, portanto, nas falas das assistentes sociais entrevistadas nºs 04 e 07 acima, que o encaminhamento intersetorial é realizado quando o profissional entra em contato com outra instituição para captar informações desta, e melhorar o atendimento do usuário. Além disso fica claro algumas dificuldades que os profissionais colocam, dentre elas, está o relacionamento com outros profissionais e a escassez de conhecimento de outros profissionais e setores sobre a importância da intersetorialidade.

Contudo, poder-se-á dizer que à discussão em torno do encaminhamento, demonstrada nas falas das assistentes sociais desvelam, paulatinamente, como a intersetorialidade aparece no campo profissional do Serviço Social, o qual trabalha cotidianamente com diversos setores

e que tem como compromisso ético o atendimento integral dos usuários, portanto, o assistente social cria formas de acesso para usuário.

Nesta direção, Schutz e Miotto (2011) salienta que os assistentes sociais, em seus atendimentos, em sua grande maioria, “há encaminhamentos pautados pela intersectorialidade”. Nesta direção, estabelece que a intersectorialidade é um norte da ação profissional. Assim, ficou claro na fala da entrevistada nº 07 que o Serviço Social ao encaminhar os usuários para outras instituições, fundamentalmente, trabalha com a intersectorialidade, pois não é uma profissão que trabalha isolada, como numa “bolha”, pelo contrário, os assistentes sociais têm contatos com outros setores, outros profissionais que compõe não só a saúde, mas também outras políticas que são transversais e que, necessariamente precisam estar ligadas à saúde para dar uma melhor resolutividade dos problemas que se apresentam no âmbito da saúde que, muitas vezes, poderiam ter sido evitadas se fossem tratadas na proteção básica, como por exemplo, o caso da desnutrição aguda que poderia ter sido evitada na atenção básica da saúde e da assistência social.

Quando questionados, em outro momento da pesquisa, se os profissionais em questão conseguem realizar atividades de ordem socioeducativa, planejamento e gestão, estes se pronunciaram da seguinte maneira:

No PA não. Não há tempo satisfatório para tal. O que agente faz mais é só a conscientização dos usuários quanto a declaração e o atestado médico, pronto é a única coisa mais educativa que agente possa ta fazendo (Entrevistada nº 03);

Não, a única coisa que agente tenta mostrar além do que o hospital já oferece, é a questão do planejamento familiar, mostrar a questão que a partir de dois filhos vivos né, agente tenta mostrar esse serviço que é oferecido pelo hospital, a questão do registro, do atestado de óbito que temos um cartório que funciona todos os dias, mas a questão de um programa de algo em si ainda não consegui desempenhar não, a não ser o que já existe. As atividades socioeducativas, as abordagens socioeducativas, me deixa pensar um pouco (...) só a questão do planejamento mesmo familiar que entra na questão socioeducativa né? (Entrevistada nº 05);

*Planejamento não! Existe sim **é feito um planejamento durante o ano, no início do ano ou no final do ano. Já ocorreu no início do ano por motivos superiores.** Os assistentes sociais, se reúnem e planeja algumas ações a serem realizadas, registram algumas atividades que foram realizadas no ano anterior, avalia até que ponto foi pertinente, foi positiva tais ações e aí planeja e repensam algumas práticas, o planejamento não é feito, no início de cada plantão mais é feito anualmente e durante reuniões que são realizadas, sempre é pontuada e remexida algumas questões que a equipe*

percebe que pode ser melhorada. Quanto à questão sócio educativa(...) não temos como fazer na realidade, até pela questão do espaço físico que temos hoje. Desenvolver uma prática mais educativa ia requerer tanto o espaço físico que favorecesse como também um planejamento prévio e aí teria que ser aplicado a rotina e aí sim demandaria duas assistentes sociais na urgência porque uma não daria conta realmente porque não dá pra se realizar atividades sócio-educativas num contexto que eu posso a qualquer momento ter um paciente no meio daquela palestra, vamos dizer que o Serviço Social esteja fazendo, estivéssemos lá em atendimento e aí fossemos fazer alguma palestra sócio-educativa seja lá que abordasse pressão arterial ou portador de diabetes mellitus poderíamos abordar a questão da conduta do acompanhante, da sua importância dentro da urgência mais aí ia demandar outro profissional, porque não seria interessante agente tá no meio de uma palestra dessa por mais simples que ela fosse e aí vamos parar aqui um pouco porque ocorreu um óbito lá dentro ou um paciente grave, vai pra sala de reanimação e vai ter que assistir a família e aí simplesmente pare, segure aí, acalme-se senhores, acalme depois agente retorna, ia ficar muito inviável, já na clínica não, na clínica é possível fazer esse tipo de trabalho, na clínica há um trabalho de palestra onde o contexto de urgência eminente já está estável pode ocorrer óbitos claro, pode ocorrer intercorrências pode mais as chances são menores, uma vez que os pacientes já estão mais estáveis, já estão numa enfermaria, hum apartamento, já estão num quadro mais estabilizados. Quanto a questão de gestão eu não faço gerencio, aqui, eu não sou gestora (Entrevistada nº 07).

Algumas falas apontam que não é possível desenvolver atividades de cunho socioeducativas por não possuir espaços físicos suficientes e pela própria rotina do pronto atendimento, logo essas atividades se reduzem ao repasse de informações acerca das normas e rotinas do hospital e, no âmbito da maternidade, acerca do planejamento familiar, contudo, percebe-se que há sim, mesmo que minimamente, o desenvolvimento de ações de cunho socioeducativo, o que não há é uma compreensão definida do documento elaborado pelo conjunto CFESS/CRESS - Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009), pois evidencia-se que, no tocante às Ações Socioeducativas (ou Educação em Saúde), estas podem ser entendidas como:

[...] a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas pelos mesmos por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve ser coletivo, em grupo, pois possibilita a troca de experiência entre os sujeitos (VASCONCELOS, 1997 *apud* CEFESS, 2009, p.30).

Contudo, essas ações não devem levar o usuário à mera adesão às informações e/ou esclarecimentos, como é no caso das imposições enrijecidas do afincamento ao cumprimento das normas e rotinas do hospital, porém devem despertar a consciência sanitária, ou seja, a noção da saúde enquanto um direito de cidadania, o que implica na liberdade de escolha do demandatário/usuário.

Com relação às *ações de Investigação, Planejamento e Gestão* que estão nos parâmetros e dizem respeito também a temática aqui tratada (intersectorialidade como desafio de gestão) – nestas o assistente social tem a incumbência de realizar estudos e pesquisas sobre a realidade da classe trabalhadora, dos usuários de saúde e suas demandas. Tal investigação visa auxiliar na construção, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da instituição e da política de saúde nos vários níveis de gestão. Faz-se necessário salientar que a construção de planos, programas e projetos para a saúde é sempre uma tarefa coletiva, onde todas as profissões envolvidas dão em si sua leitura dos fenômenos. O alvo de todo esse empreendimento nada mais é que o melhoramento da qualidade dos serviços de saúde, superando entraves que histórica e corriqueiramente se alojam no SUS, mecanismo que materializam a política social de saúde brasileira.

De acordo com Iamamoto (2002 *apud* CEFESS, 2009) a ocupação de espaços administrativos (auditoria de gestão, comitês e comissões especiais, como CCIH, etc.) torna-se um desafio imenso posto aos assistentes sociais, ponderando que:

Tem-se verificado que os profissionais do Serviço Social, ao assumirem ações na gestão, tendem a não reconhecer seus objetos de trabalho e as funções exercidas como matéria e atribuições do assistente social, resvalando para uma discussão desprofissionalizante que pode desdobrar-se em um esvaziamento da reflexão profissional e em uma crise de identidade quanto à profissão (IAMAMOTO, 2002 *apud* CEFESS, 2009, p.34, nota 37).

Deste modo, nota-se com as falas registradas acima, uma pouca compreensão do que são as ações de planejamento e gestão no âmbito da saúde, especificamente, as colocadas pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.

Neste sentido, Monerat e Souza (2011) ressaltam que o

[...] planejamento de ações tem lugar central em todos os trabalhos que tratam do assunto (intersectorialidade), tanto no campo da administração pública quanto aqueles produzidos pelos autores da saúde coletiva. Pode-se dizer que esta ferramenta aparece como condição imprescindível para articular áreas de conhecimento e de prática marcadas por memórias técnicas e institucionais específicas. O planejamento não é entendido na perspectiva normativa e prescritiva, mas, ao contrário, considera a negociação de interesses diversos a chave para a construção de sinergias entre diferentes atores e áreas de política (MONERAT e SOUZA, 2011, p.47).

Nesta direção, Andrade (2006) lembra que a ação intersectorial “não elimina a importância da existência de espaços específicos de gestão das políticas setoriais”, pelo contrário, ela (perspectiva intersectorial) vai, além disso, tende a favorecer que políticas e ações sejam contaminadas pela dinâmica de outros setores e os profissionais do serviço social, em especial aqui tratados o da saúde, possuem conhecimento e intervenção transversal para dar respostas as facetas da questão social que lhes são demandadas, portanto, a fala da entrevistada nº 07 demonstra ausência de conhecimento acerca do planejamento, porém, em seu fazer profissional, há o planejamento que se esboça na tradução da articulação entre saberes e práticas setoriais que viabilizam o atendimento do usuário numa perspectiva integral.

Entretanto, ainda na fala da entrevistada nº 07, no que diz respeito a ausência ou discernimento do que seja planejamento, visto que participação dos profissionais em espaços de discussão que requerer tomada de decisão no setor de saúde em questão, visando o melhor desenvolvimento no atendimento dos usuários, mesmo num âmbito envolto de complexidade, existente portanto, um planejamento mínimo e intersectorial para que ocorra um melhor fluxo no pronto atendimento e que na maioria das vezes, se não em todas, quando o Assistente Social não compreende a importância em ocupar esse espaço, fica a cargo do médico ou do enfermeiro tomar as decisões cabíveis para resolver o problema do usuário. Vale ressaltar a importância do profissional de serviço social no processo de investigação que antecede a tomada de decisão de modo a legitimar sua participação na tomada de decisão, como sublinha Almeida (1997):

[...] é de suma relevância a verificação preliminar de que este procedimento investigativo está, na verdade, demarcando o trabalho do assistente social, de sua equipe e, em última instância, o próprio trabalho coletivo, como objeto de reflexão, visto ser impossível separar a atividade de seu sujeito (ALMEIDA, 1997, p. 89).

Ainda, no que diz respeito ao processo de sistematização do trabalho profissional, Almeida (1997) coloca que “há uma importante identificação entre sujeito e objeto de investigação e as implicações desta identificação devem ser observadas em suas várias dimensões: ética, política, institucional e social”. Prontamente, pode-se dizer que o trabalho dos assistentes sociais tem por horizonte a promoção de uma participação efetiva dos envolvidos na luta pela construção de uma organização social sobre outras bases que não sejam a dominação e exploração de classe, sobretudo, na luta pela “universalização e ampliação dos direitos, enquanto caminho para outra ordenação social, busca-se assegurar processos públicos de tomadas de decisão e exercício de poder coletivo que tomem o lugar da liderança pessoal, da competição, da concorrência, do anonimato” (VASCONCELOS, 2001, p.122).

Contudo, acredita-se que a saída, no âmbito do planejamento conjunto, seria o planejamento estratégico de gestão, um conjunto dialogado, articulado a um planejamento intersetorial, construído coletivamente numa perspectiva da intersectorialidade que deve se concretizar como síntese de conhecimentos diversos (interdisciplinaridade) para atuar sobre problemas concretos, como já abordamos no segundo capítulo deste estudo ao socializarmos o arcabouço teórico de Andrade (2004 e 2006).

Quando questionados como é realizado o trabalho com as referências e contra-referências, os interlocutores se pronunciaram da seguinte forma:

*Após a Humanização inserida no hospital, iniciou-se um trabalho dessa natureza, mas a atenção básica ela não tem um funcionamento adequado (um longo período rindo) ela não funciona (silencia por alguns segundos) como deveria funcionar, então a gente tem muitos atendimentos oriundos da atenção básica, então assim, quando se foi inserido dentro do hospital o programa de Humanização se tentou fazer isso, porque **tem até um serviço que era do Serviço Social que chamava de extra-muro que a gente fez no início, visitas as instituições, nos PSF's, pegamos telefones, fizemos contatos, pra tentar esse equilíbrio entre instituição e hospital, mas n funciona porque o próprio paciente ele se cansa de chegar no PSF, então eu acredito q tem vezes que ele nem vai porque chega no PSF e não tem***

médico, chega no PSF é não só atende hoje pressão alta amanhã é que vai ter isso, quer dizer você não define a doença que você vai ter, então eles já vem direto pra cá porque de uma forma ou de outra vai ser atendido, **então, esse atendimento de referência e contra-referência ele funcionaria, muito importante seria se realmente a atenção básica tivesse, funcionasse normal** (Entrevistada nº 01);

Então assim, o Serviço Social ele viabiliza bastante essa questão, outra coisa que acontece bastante. Por exemplo, em relação a óbito, os familiares que não tem condições de arcar com as despesas, **existe um programa da prefeitura municipal chamado Balcão de Direito que ele sempre tá a disposição, agente entra em contato com essa pessoa que é responsável, e ela das vezes que eu precisei nunca foi negado, nenhuma vez, é um serviço que é demorado porque não atende só o Edson Ramalho, mas a outras instituições, mas assim, eu vejo que é muito importante, esse programa esse projeto n sei se na verdade é um projeto né, é um programa que fornece o caixão para a família que não tem condições de comprar.** Então assim tem ajudado bastante e assim, não é 100% mas assim, tem surtido resultado. Por exemplo, **muitos casos de pessoas que são encaminhados pelos PSF'S ou então agente vê bastante muitas pessoas que procuram o atendimento aqui no local de urgência no PA, mas ele deveria ter passado pelo PSF porque é o problema dele é um problema ambulatorial, as vezes chegam pacientes que tá com uma tosse, com uma gripe que podia ser tratada no PSF porque é um tratamento ambulatorial e não de urgência e emergência né?** Acontece, muitos pacientes chegam aqui e falam que já vieram do PSF e mandaram ele pra cá. **Já aconteceu de eu entrar em contato com o PSF né pra saber porque aquele caso que foi passado pela triagem do Edson Ramalho e a enfermeira viu que o problema dele não era pra ser resolvido aqui, mas num PSF e foi negado esse direito dessa pessoa ser atendida lá.** E eu entro em contato converso, passo para o paciente volte lá que vai ser atendido, porque as vezes é muita a questão da falta de informação, a falta de diálogo dos profissionais com as pessoas que procuram os serviços (Entrevista nº 02);

É algo assim bem difícil, agente faz o que agente consegue. Muitas referencias que agente recebe aqui no hospital, muitas vezes os profissionais que encaminham para cá desconhecem qual é o verdadeiro atendimento que o hospital realiza, muitas vezes mandam crianças e aqui agente não faz atendido de crianças, muitas vezes cirurgias eletivas e não é realizado no PA do hospital, **então assim, falta muito conhecimento dos outros profissionais, das outras áreas, da rede pra tá podendo fazer encaminhamento pra cá. Contra-referência a gente consegue ainda, de certa maneira, consegui o apoio das outras equipes pra poder tá realizado isso** (Entrevistada nº 03);

É realizado. Agente tem um serviço aqui que é, se for a questão do idoso, a questão do estatuto do idoso agente tenta repassar para a família se há algum mal trato de alguma pessoa que chegue aqui que é vítima de violência agente encaminha também. **Se for a questão da criança se tiver algum problema na maternidade quanto a gestante, agente aciona também o Conselho Tutelar, então esse canal entre o hospital e outras instituições ela é feita** (Entrevistada nº 05);

Sei, nem sempre existe a comunicação né, agente tem que primeiro entrar em contato com a outra instituição, agente sempre verifica quem, com qual profissional agente tá se falando, agente geralmente anota o nome se é psicólogo ou se é assistente social, sempre tem que haver essa comunicação, porque é melhor pro paciente do que agente só encaminhar e chegar lá talvez assim, por exemplo, o PASME de Mangabeira que é vizinho ao Ortotrauma ele só aceita pacientes se tiver com acompanhante, se tiver sem acompanhante eles tem uma restrição, tem locais que só fazem atendimento se tiverem com RG, essas coisas que assim, tem pessoas ignorantes que acha que há necessidade, mas se o paciente tá doente, tá precisando pra que tanto protocolo né verdade? Mas se acontecer, por exemplo, um paciente ir pra lá, esse paciente também que é, às vezes a Polícia Rodoviária Federal encontra na BR e traz pra gente, é de outro Estado, não tem dados de nada do paciente, aí o paciente vai a óbito, é complicado pra gente localizar a família, saber a história do próprio paciente, o diagnóstico dele, então assim, é interessante que haja uma organização a partir disso aí, a comunicação, o contato com as outras instituições (Entrevistada nº 06).

Com os argumentos representados pelas falas dos profissionais, afere-se a dificuldades de realizar esse trabalho com as referências, pautada na intersectorialidade, esta que é aqui entendida como estratégia de gestão e atuação profissional para a garantia da integralidade da atenção à saúde, porém o usuário é referenciado de acordo com a necessidade específica e o assistente social tem seu papel fundante para que se concretize essa referência, entretanto, vale ressaltar que nem todas às vezes a referencia é concretizada, por inúmeros motivos, dentre eles, o mais sublinhado foi a carência de conhecimento acerca da referência e contra-referência, como apontado na entrevista de nº 06, bem como de outros profissionais da saúde como fora ilustrada na fala da entrevistada nº 03, especialmente, acerca da complexidade que envolvem os serviços de referência e contra-referência, conforme coloca Fratini; Saupe; Massaroli (2008) que a:

[...] referência apresenta o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, “o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário”, devendo ser este a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Logo, apreende-se com as falas que a intersetorialidade com os diversos serviços é uma tarefa do cotidiano das unidades hospitalares e dos demais serviços da saúde, no entanto, essa relação não deve ser mero procedimento de “encaminhamento” ou transferência de responsabilidade para a instituição delegada. As instituições hospitalares, na figura dos profissionais e aqui em especial os Assistentes Sociais, tem de exercer a referência e contra referência de suas demandas, e nessa conjuntura, ainda se tem fragilidades em cumprir essa determinação prescrita nas orientações técnicas e normas que normatizam os serviços de saúde, como observamos nas falas elucidadas acima.

Deste modo, essa relação, através de encaminhamentos, referência e contra-referências, constitui um desafio para a saúde, uma vez que o percurso para acessar os serviços, muitas vezes, é burocrático e ainda não compreendido como um instrumento/procedimento para solucionar os problemas e garantir o acesso aos serviços e benefícios das demais políticas públicas. Sendo assim, a busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento de processos de referência e contra-referência pode ser considerada fundamental para a concretização da intersetorialidade numa perspectiva de integralidade; mas é evidente também que as experiências para viabilizar este modelo técnico-assistencial ainda são muito isoladas e frágeis, não permitindo generalizações, mesmo ao nível de políticas públicas setoriais.

Quando questionadas acerca das demandas postas à instituição pelos usuários, no setor de pronto atendimento, se elas possuem acompanhamento e resolutividade por parte da equipe, foram colocadas as seguintes questões:

Muita gente procura o serviço social, pra pegar uma declaração que veio acompanhar o paciente, por exemplo, **que é a declaração de acompanhante**; vem também os pacientes que foram atendidos, liberados, mas aí trabalham e querem declaração também constando que ele esteve no hospital naquele horário, naquele dia. É, muitas pessoas também **procuram o Serviço Social** por exemplo, o paciente tá lá na observação e ele foi liberado ele não tem como entrar em contato com ninguém da família **pra informar que ele já que ele já está de alta**, então agente pega o número e **liga pra avisar a família**. Outra coisa também é dos profissionais do PA é justamente essa questão de às vezes **pra transferir pra saber se o outro hospital tem vaga pra aquele paciente e agente entra em contato também com as instituições pra saber se tem possibilidade de receber tal paciente com tais problemas de saúde** (Entrevistada nº 02);

Agilidade no atendimento, a classificação de risco no caso, muitos médicos, principalmente, não tem uma agilidade, eles são muitos morosos para atender aos pacientes e, principalmente, a declaração de comparecimento

*que muitos dos usuários vem aqui a procura de atestado e os médicos tem toda uma prioridade para ta emitindo o atestado médico, então agente tenta conscientizar os usuários quanto a isso, então assim, **a emissão de declaração de comparecimento é o que é em excesso, é a demanda maior, transporte para levar em casa, ligar para família para avisar da alta, transferências para outros hospitais, consegui marcar um exame em outros hospitais, essas são as mais frequentes solicitadas pelos enfermeiros e médicos sem falar que eles centralizam os atendimentos e só chama o serviço social quando não conseguem resolver*** (Entrevistada nº 03);

*Na realidade as demandas que chegam pra o Serviço Social em sua maioria não são demandas para o Serviço Social são demandas para outros profissionais e aí acaba que o Serviço Social vai mediar situações. As demandas próprias do Serviço Social na maioria das vezes somos nós que procuramos investigar pra que elas venham surgir. Eu recorde de situações onde agente teve na ocasião do internamento durante a entrevista que identificamos um contexto de que ele precisava ir para o INSS, precisava ser orientado, o paciente contribuía para o INSS e precisava até orientação de que uma vez estando interno, uma vez estando afastado, mesmo ele sendo um profissional liberal ele teria os mesmos direitos daquele profissional que tivesse vinculado a alguma empresa, então passou de 03 dias ele teria direito de dar entrada no INSS depois dos 15 dias de atestado e também poderia ta recorrendo, solicitando auxilio – doença que eu costumo chamar de auxilio – saúde porque é pra se devolver a saúde do paciente e não a doença dele. (...) **as demandas são muito, mais são postas muito mais para outros profissionais do que nossa, por exemplo, família que vem procurar a alimentação do paciente, bem, a dieta tem que ser tem que se prescrita pelo medico, a enfermagem tem que ta verificando se a dieta chegou ou não e a nutrição tem que ta providenciando**, o serviço Social não entra, agora a comida chega e o usuário não ta se alimentando, não ta aceitando esse tipo de alimentação nós podemos tranqüilamente dar orientação que ao usuário como ao acompanhante pode procurar a nutrição e ta conversando com a nutricionista não chegar em tempo hábil para fazer essa abordagem. **Outra coisa que é colocada pelo enfermeiro é sempre solicitando o histórico de determinado paciente, se ele foi identificado histórico de violência, etc., essa demanda é constante*** (Entrevistada nº 07).

Após a leitura das argumentações dos profissionais, compreende que as ações de caráter emergencial as que “se expressam nas atividades voltadas para a agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos, obtenção de transporte, medicamento, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo etc.” (COSTA, 200, p.45) são as mais solicitadas e, além disso, em sua grande maioria, não são demandas específicas do serviço social, mas que são colocadas para o serviço social, o que comprova os primeiros argumentos da entrevistada de nº 07, comprovando, portanto, que a profissional em questão tem ciência e sabe diferenciar a demanda específica do serviço social e a da instituição, o que se certifica colocação de Costa

(2000) a respeito do conjunto de atividades desenvolvidas pelo Serviço Social nos serviços de saúde e que é direcionado por meio dos seguintes núcleos de objetivação:

[...]1) levantamento de dados para a caracterização e identificação das condições socioeconômicas dos usuários; 2) interpretação de normas e rotinas; procedimentos de natureza educativa como orientação e encaminhamentos individuais e coletivos; 3) agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial²⁰; 4) desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico político junto aos funcionários, aos representantes dos usuários no sistema e a comunidade de usuários (COSTA, 2000, p.46).

Desta forma, podemos dizer que um espaço de atendimento há ambas as demandas – público-alvo e público-usuário – logo cabe aos assistentes sociais que ocupam esse espaço desenvolver sua prática de modo a viabilizar direitos de cidadania, que na saúde se traduzirá no acesso aos serviços de saúde, como bem fizera a entrevistada acima, atendo uma demanda que não era sua, mas viabilizou o direito ao usuário que fora negligenciado por outros profissionais do âmbito hospitalar em questão.

Contudo percebe-se também, na argumentação da entrevistada de nº 03, que no cotidiano profissional, os assistentes sociais precisam manter contato com outros profissionais de diversas instituições, pois se faz necessário realizar os encaminhamentos para buscar atender os usuários de maneira íntegra, bem como suas famílias, ocorrendo o compartilhamento entre si experiências e práticas. Neste sentido, a entrevistada nº 02 e 03, mesmo sem perceber, evidencia o trabalho em rede, visto que elas providenciam o atendimento de pacientes em outras instituições e viabiliza marcações de exames (que não é uma atribuição do serviço social, porém o faz para não deixar o paciente sem o atendimento) e entre as profissões e setores. E mais, 07 destaca que outros profissionais solicitam, repetidamente, dos assistentes sociais protocolos de atendimento. Ocorre, no exemplo dado pela entrevista nº 07, de uma enfermeira ligar para assistente social a fim de se informar acerca do histórico de atendimento de determinado paciente, se ele tem histórico de abuso, se já foi violentado. Em outras palavras, os demais profissionais se referenciam nos assistentes sociais, para solicitar informações concernentes aos protocolos de atendimento e a rede de serviços. Portanto, é notório que o Serviço Social é uma profissão que tem competência para trabalhar com a

intersectorialidade, tanto pela formação profissional quanto pela sua compreensão da política que deve ser disponibilizada de maneira integral.

Assim, as informações elencadas acima, coadunam com o estudo realizado por Amaral (2008), num hospital, no qual a autora constata que as atuações dos profissionais implicam em articulações dentro do próprio hospital, sobretudo, articulações no SUS e articulações que envolviam outras políticas. Para autora, este dado empírico confirma a forte participação de dois sujeitos na operacionalização da intersectorialidade: a família e o assistente social, a saber:

Sobre isso cabe evidenciar que o assistente social na área da saúde é como um agente da integração, ou seja, um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre as demais políticas públicas, **cujo principal produto é assegurar a integralidade das ações. Neste sentido, a ação intersectorial realizada pelo Serviço Social na saúde cumpre um papel fundamental como instrumento viabilizador das condições objetivas para realização do trabalho em saúde, e principalmente para tornar possível o acesso da população aos serviços existentes, constituindo como um elo invisível** (AMARAL, 2008, p.58). Grifos nossos.

Contudo, para a autora citada acima, o elo invisível que ela aborda, consiste na ação intersectorial, na qual os assistentes sociais estabelecem integração com outros profissionais, setores e instituições. Significa, sobretudo, que a intersectorialidade é uma constante no exercício profissional dos assistentes sociais.

Desta forma, pode-se dizer que o trabalho do Serviço Social no hospital, especialmente, no pronto atendimento acaba desempenhando um papel fundamental, porém por vezes funcional, para a instituição, na medida em que suas atividades relacionam-se, principalmente, com a necessidade de agilizar iniciativas e providências: realização de exames, aquisição de medicamentos, alta, liberação de leitos, transferência de usuários, etc. Conforme ressalta Costa (2000, p.52) que “a dinâmica de funcionamento dos serviços dentro do modelo estabelecido, e no ajustamento do usuário às normas estabelecidas, torna-se objeto da ação profissional”. No entanto, embora estas indicações mostrem a aproximação da intersectorialidade com o exercício profissional, muitas vezes, este trabalho é “invisibilizado”.

No tocante a organização profissional para atender tais demandas, as profissionais se posicionaram da seguinte forma, quando interrogadas como o serviço social tem se organizado para atender essas demandas postas pelos usuários:

Bom, no Edson Ramalho como em toda outra instituição a necessidade de um Assistente Social é primordial e o Serviço Social ele se organiza frente às questões que lhe são apresentadas, então ele vai e interage junto com o usuário, porém com suas limitações, porque ele faz as mediações, mas ele não é a conclusão final da demanda, porque ele faz a mediação do usuário com a instituição mais a instituição [...] eu acho até não inoperante, mas assim, deficiente, dois cirurgião que é um caos né o atendimento aqui, é dois cirurgiões e deveria ter outros dois para fazer uma cirurgia de emergência e dois para quem chega para o atendimento, muitas vezes também é emergencial mais os dois cirurgiões tá na sala, [...] o Serviço Social ele não conclui o que era para concluir porque não depende dele, mas a parte dele ele se organiza bem, ele faz ele interage, ele está com o paciente e isso também depende do próprio profissional do Serviço Social, mas **em linhas gerais o Serviço Social se ele organiza no sentido de apoiar a família, o próprio paciente também e orientar e apaziguar as dificuldades que possam vir**, por exemplo, o médico chega na emergência, o cirurgião que as dificuldades maiores são com pacientes que necessitam de cirurgia, eu não sei se aquele paciente que tá com muitas dores é uma emergência para uma cirurgia, mas eu sei q o cirurgião, ele diz que está no bloco fazendo a cirurgia né e o que tá aqui fora? Ele passou pelo clínico e o clínico pede uma avaliação de cirurgião porque o clínico não é cirurgião, mas o cirurgião tá operando, **então assim, quando eu digo que o Serviço Social não completou é porque não depende dele mais, mas a parte de orientação, de acolhimento a família ele tá presente sim e é de extrema importância não só nessa instituição, mas em qualquer instituição ter um Assistente Social na emergência** (Entrevistada nº 01);

Bem, nem todos os dias os casos são iguais, cada dia é um dia diferente, cada caso é um caso e assim, **ali no PA não tem assim como segui, tem a rotina** acaba que, acontece o que, por exemplo, um caso de um paciente que foi atendido aqui, mas **o caso dele é para o Clementino, o médico solicita e então eu já me preocupo em perguntar qual é o problema dele pra poder repassar com aqueles termos técnicos mesmos usados pelos médicos**, eu anoto, pergunto o nome do paciente, idade qual é o problema, **porque as pessoas quando agente entra em contato elas querem saber o que é que o paciente tem, o que foi que aconteceu** (Entrevistada nº 02);

Agente tem se virado em mil né, pra que a família ela não seja negligente com esses pacientes, tentando indicar outros serviços que eles podem procurar, às vezes quando o paciente vai a óbito não tem condições de suprir até mesmo com o caixão, **ai agente indica outros serviços que eles podem procurar**, onde eles podem tá conseguindo, orienta bem a família pra poder tá se virando, se virando entre aspas, pra poder consegui uma melhoria para esse paciente e a família junto com certeza a recuperação dele vai ser bem melhor (Entrevistada nº 04).

Nestes, os argumentos se concentram nos encaminhamentos dos usuários para outros serviços de referência e contra-referência e nas orientações dispensadas às famílias dos usuários, porém manifesta-se na representação da singularidade que é entendida como o campo da imediatividade, onde os fatos se encontram em sua aparência, assim como

problemas sejam eles individuais, familiares, psicossociais, organizacionais ou programático-operativos. O plano da singularidade é a expressão dos objetos em si mesmos, onde se apresentam os traços irrepetíveis das situações singulares da vida em sociedade, que se apresentam como coisas fortuitas, rotineiras ou casuais, onde os profissionais buscam resolver de imediato as questões que lhes chegam, sem, no entanto, fazer as abstrações necessárias ao entendimento mais crítico de tal demanda, o que pode comprometer a qualidade do serviço prestado ferindo a integralidade da assistência e não realizando a intersectorialidade. Conforme o que expõe Pontes (2003),

A demanda institucional aparece ao intelecto do profissional despida de mediações, paramentada por objetivos tecnoperativos, metas e uma dada forma de inserção espacial (bairro, município, etc.); programática (divisão por projetos, programas ou áreas de ação) ou populacional (criança, idoso, migrante, etc.). Numa palavra, a demanda institucional aparece na imediatez como um fim em si mesma, despida de mediações que lhe deem um sentido totalizante (PONTES, 2003, p. 44-45).

Muitos atribuem a falha no âmbito da realização das mediações, a rotina do pronto atendimento, pois esta se coloca de forma diferenciada a cada dia, ou melhor, a cada plantão, conforme foi citado, *“cada caso é um caso”*, logo fica nítido a ausência de um planejamento cotidiano que respalde o fazer profissional, explicitando os limites que circundam a prática profissional no âmbito hospitalar, pois o assistente social não resolve e, talvez jamais resolverá todos os problemas da má assistência hospitalar aos usuários. Contudo, devemos atentar para a qualidade da ação profissional e a sua humanização, não é, de forma alguma, a sua organização burocrática por si só, mas os princípios éticos-políticos e os valores humanos que a orientam, definindo o modo como o profissional, no cotidiano de seu trabalho, constrói suas relações. À ação profissional que se quer humanizada, impõe-se a autenticidade da competência ético-política. Como bem coloca Vasconcelos (2006) no que se refere à postura ético-política,

[...] a postura ético-política nos coloca frente ao desafio de construção de um processo reflexivo acerca dos princípios, valores, direitos e deveres que devem nortear as práticas sociais, tendo em vista a ampliação das relações humanizadas. Assim, a humanização é antes de tudo uma atitude reflexiva que é tomada diante do mundo, da realidade, da existência. A atitude de humanização é, deste modo, um desafio histórico (VASCONCELOS, 2006, p.07).

Desta forma, é notório que o assistente social é um profissional que atua na apreensão e intervenção das expressões da questão social, entre as quais estão os fenômenos que circunscrevem a defesa dos direitos, internos na referida instituição hospitalar (HPMGER), pelo fato de serem configurados e condicionados pelos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos daqueles que estão com sua saúde fragilizada e, muitas vezes, além de sua saúde estão também com a liberdade “privada/cerceada” como é o caso dos apenados atendidos na referida instituição, estes que também são e devem ser vistos seres humanos e detentores de direitos como qualquer outro usuário do SUS.

Como já elucidamos neste estudo, acreditamos que a intersetorialidade se processa de modo singular em cada cenário em que é acionada, como está evidente na fala da entrevista 02 que procura saber amiúde do histórico do paciente para realizar a interseção com outras instituições afim de resolver o problema ou de melhorar as condições de saúde do paciente. Assim, podemos dizer que a intersetorialidade é uma estratégia de gestão que ganha tessitura a partir de várias mãos, seja de gestores, de profissionais ou dos programas e projetos sociais.

Em determinado momento da entrevista perguntamos em que medida as ações profissionais contribuem para a integralidade da assistência no âmbito de uma unidade de pronto atendimento hospitalar. Nessa acepção, os depoimentos foram os seguintes:

Bem eu acho que a partir do momento que eu busco intervir nessas questões que surgem, mesmo que eu não consiga ter um resultado final daquilo. E assim os erros que agente tem em relação a toda demanda é pra fazer com que os caminhos possam se abrir, tenham caminhos abertos para aquela situação, então assim, a partir do momento que agente tenta, de uma forma ou de outra a dificuldade é grande, porque não é fácil. Eu não sou uma profissional que ache, pessoa chega pra mim e pergunta tal coisa ai eu, olhe não tem jeito não, eu procuro vários caminhos, se eu não encontro nenhum desses, ai vou chegar e vou conversar e dizer que não foi possível por isso assim, e aquilo outro, mas sempre procuro, eu não gosto sair de um plantão, por exemplo, sabendo que deveria ter feito mas não fiz porque tava com preguiça, não quis fazer, então eu procuro e se eu consegui aquele

resultado eu procuro deixar pelo menos caminhos abertos para que o profissional que chegue no plantão seguinte possa ter como encaminhamento (Entrevistada nº 02);

Agente procura intervir e como cada caso é um caso agente tem que realmente analisar, colocar as normas de lado e vê com a equipe porque como agente trabalha em hospital o serviço social não trabalha só, um trabalho depende do outro, então agente trabalha com médico, com enfermeiro, psicólogo, recepcionista, facilitadores, então assim tem que haver a comunicação, uma união conjunta disso tudo. As decisões são tomadas as vezes em conjunto, principalmente com relação a pacientes, porque agente vê mais o lado social do paciente e quando é assim a parte do diagnostico do paciente agente conversa com o médico com o enfermeiro e vê, como o caso desse paciente de hoje, o José Medeiros o paraplégico, que a família ta questionando porque não pode ficar acompanhante, então o Serviço Social realmente tem que intervir e procurar resolver da melhor maneira já que irá para CMI (Entrevistada nº 06);

Bem eu compreendo que agente ta vivenciando um momento que supera aquela realidade que nós tínhamos de hospitalar, aquela situação que o paciente ficava segregado da família aos cuidados da equipe médica e enfermagem e perdia sua identidade, passava a ser chamado por um número e acho que o Serviço Social nesse momento que ele entra no campo da saúde, ele pode sim contribuir na integralidade, ele pode pleitear que o paciente não deve ser mais número, ele deve continuar tendo sua identidade civil preservada e deve continuar tendo assistência e o acompanhamento da família e aí eu acho que o hospital ele pode contribuir com essa realidade, acho que ele consegue compreender, a gestão consegue compreender que o hospital não pode ser mais um depósito de doentes, mais local com a perspectiva de hotelaria onde tem o jardim, onde o paciente ta aqui deixa de ter aquela posição de paciente deitado na cama, mais ele ta com condições de caminhar, ele tem um jardim pra ele caminhar, pra ele tomar um banho de sol, pra ele poder receber crianças que não tinha como ele receber no contexto de ficar restrito numa enfermaria fechada, então ele tem como ta tendo o carinho, a atenção, o cuidado da família. Tudo isso vão contribuir diretamente para imunidade do paciente, a auto estima dele, sobe a imunidade, equilibra as taxas, recebe-se uma alta mais rápida e volta ao seu vínculo familiar, seu roteiro familiar numa lógica que não precisa nem ser hospitalizado (Entrevistada nº 07).

Contemplamos a partir do que foi relatado pelas entrevistadas que promover a integralidade da assistência à saúde do usuário, é bastante difícil, pois envolve uma gama de fatores que interferem nesse processo, e um dos principais é a dimensão ampla de trabalho, na essência das práticas em saúde que perpassa, por conseguinte, o reconhecimento do contingente humano que se “faz saúde”. Pois, o campo da saúde tem sua trajetória histórica percorrida lado a lado das conquistas sociais, e, por este motivo, torna-se objeto de estudo, área de atuação e realização, não sendo, fácil, portanto, desenvolver as ações de forma

integralizadas, evitando, de certo modo, ferir o princípio da integralidade contido no SUS, logo se evidencia que os profissionais tentam não cercear tal princípio, mas deixa claro a confusão e a escassez de conhecimento acerca dessa temática, neste sentido, entende-se que o Serviço Social como uma profissão comprometida com a construção de práticas sociais voltadas para a transformação da realidade desigual que se apresenta hoje, mostra-se intimamente vinculado às discussões apontadas no decorrer deste estudo, especialmente, no âmbito da integralidade da assistência em saúde.

Neste sentido, Teixeira (2004) responde a esta indagação com propriedade, onde ele afirma que hoje

[...] estamos falando sobre Integralidade em saúde porque provavelmente existem muitas coisas “cindidas, separadas, fragmentadas, partidas; no campo da saúde, há muita coisa a ser integrada e muitas diferentes apostas a respeito de que partes devem ser primordialmente integradas”. Dessa maneira, para cada sentido apresentado à Integralidade em sua polissemia, “há uma concepção da coisa, uma visão (problemática) de um mundo feito de pelo menos mais que um pedaço” (TEIXEIRA, 2004, p. 90).

Desta forma, percebemos que no processo de saúde-doença, especificamente, na busca pela “cura”, conforme Valla (2005, p.104) as pessoas compreendem que necessitam umas das outras, principalmente no que tange “à dimensão da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde”, logo, percebe-se que os profissionais em questão, não estão centrados apenas nos aspectos físicos ou biológicos produzidos pelas doenças nas pessoas e populações, sem considerar o contexto no qual os mesmos estão inseridos, neste sentido Mattos (2003) complementa que uma dimensão específica dessa ampliação é a que diz respeito “aos direitos das pessoas”. Contudo, nota-se que a questão não se refere apenas ao direito ao acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, ao conjunto de direito da pessoa.

Com relação as ações dos profissionais do serviço social que contribuem para garantia do direito a saúde, no âmbito do pronto atendimento, a entrevistada nº 03 discorre:

Nessa questão, acho que a principal mesmo seria a comunicação com a base, que seria com o médico pra que assim, muitas vezes os usuários que chegam aqui, em especial os idosos que tem prioridade, então pacientes que estão necessitando de um auxílio imediato, muitas vezes se deparam, com o enfermeiro da triagem estarem ausentes ou então o médico não está presente e ficar a mercê dos técnicos de enfermagem que muitas vezes não tem o conhecimento aprofundado da situação e a AS ficar feito louca procurando um médico pra poder dar um ama melhor assistência, então assim, acho que a comunicação, a relação que agente tem com os médicos é mais, no caso é o que agente pode fazer de melhor para poder garantir realmente o direito a saúde e fora também assim a questão de dependendo do caso do paciente fazer o encaminhamento para uma outra instituição (Entrevistada nº 03).

Foi colocado que uma das principais ações para a garantia do direito à saúde, seria a comunicação com os outros profissionais de saúde que compõe o Pronto Atendimento, especialmente, com o médico, daí entende-se que o diálogo é, então, uma abertura recíproca que possibilita a capacidade dos sujeitos de interagir no ato da comunicação, visando produzir a compreensão do que se é comunicado. Conforme pontua Freire (1999, p.38) ao argumentar que “não há inteligibilidade se não houver o trabalho intersectorial, que não seja comunicação e intercomunicação que não se funde na dialogicidade”.

A respeito do mesmo questionamento, obtivemos alguns esclarecimentos quando os profissionais se deparam com situações, menos corriqueiras, porém sempre presentes no âmbito da saúde, e que carecem de uma atitude rápida do profissional que está comprometido com a garantia do direito à saúde em sua plenitude, como a exposta abaixo.

*Na verdade assim, o serviço social ele interage com os outros setores, mas não é ele que vai dizer realmente que o menor pode ou não ser atendido, como é no caso do exemplo⁴², como já aconteceu chegar pacientes, nunca deixaram aqui, pelo o que eu vi, de atender por ser menor, se for um paciente que precise da assistência, a assistência é dada naquele momento e após aquela assistência é encaminhado para outro hospital no caso, se for menor seria encaminhado para o hospital Arlinda Marques. **Então a postura do Assistente Social, é antes de tudo é atender bem e atender ao usuário de forma que ele saia daqui não, nesse caso aqui, não resolvido o problema, mas em partes, não foi deixado de ser atendido, mas que, no entanto, agente sabe que não é aqui o atendimento dele, então o Serviço***

⁴² O exemplo que se segue, foi colocado para facilitar o entendimento da questão. “O que você faz quando chega uma determinada situação, por exemplo, uma criança ou um menor de dezesseis anos que não pode ser atendido na instituição, porém após ser observado pela equipe de enfermagem da triagem, e diagnosticado que ele está com enfartando e logo recorrem ao serviço social porque ele não pode ser atendido na instituição, porque o hospital não é referência para esse público, qual a postura do serviço social diante dessa situação?”

Social tenta, ele vai tentar mediar, não vai ficar com a pessoa aqui, mas vai conseguido um local que ele fique (Entrevistada nº 05).

Logo, podemos vislumbrar a relevância do assistente social diante de situações delicadas, onde a vida está em jogo e o profissional não pode se negar a prestar tal atendimento, porém repassa a responsabilidade para o serviço social, que como bem colocada a entrevistada de nº 05, onde destaca que antes de tudo o assistente social “interage com outros setores (...) e não pode negar o atendimento”, isto é, o assistente social dispensa um acolhimento diferenciado aos usuários. Neste sentido o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, considera que a palavra acolhimento significa: “ato ou efeito de acolher; recepção; atenção consideração, refúgio; abrigo agasalho”. E acolher significa: “dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber: atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a”. Além disso, se evidencia na fala da entrevista acima, ao realizar uma análise sobre a presença da intersetorialidade como demanda constante na prática do Assistente Social, Schutz (2009) afirma que é na mediação entre os usuários e os serviços que o profissional de Serviço Social pode contribuir para que esses processos tomem concretude, sobretudo se os mesmos conseguissem utilizar a autonomia relativa já analisada anteriormente. Nessa direção, Iamamoto (2007) coloca que:

Esta mediação exige o esforço do profissional de construir ação intersetoriais com setores, instituições e políticas públicas diversas no provimento destas necessidades [...] esta tarefa é uma busca cotidiana dos assistentes sociais, apesar do terreno contraditório que perpassa o campo dos serviços. Entretanto, nem sempre os assistentes sociais reconhecem a intersetorialidade no seu exercício profissional, reduzindo as ações intersetoriais a simples “encaminhamentos” e “repasse de informações” (IAMAMOTO, 2007, p.77).

Iamamoto (2007, p.427) ressalta ainda, que os assistentes sociais possuem uma série de denúncias referentes aos direitos humanos e sociais, as quais, com o devido sigilo, podem ser publicizadas em órgãos de representação e meios de comunicação, de forma a contribuir com a defesa dos direitos.

[...] não se reduz ao mero repasse de dados sobre as normas e recursos legais; é uma informação transmitida sob a ótica do direito social, em que os sujeitos individuais e coletivos são reconhecidos em suas necessidades coletivas e demandas legítimas, considerando a realidade macrosocial de que eles são parte e expressão (IAMAMOTO, 2007, p. 427).

Afirma, desta forma, que a socialização de informações, permite que as demandas dos sujeitos sejam pensadas atreladas a coletividade.

Contudo, ainda no tocante e à indagação ora abordada, o depoimento abaixo, demonstra que os assistentes sociais também costumam orientar sobre os prazos e a importância de retorno para avaliação e esclarecimento, sobretudo, das unidades de referência que devem ser procuradas para continuar o tratamento, além disso, orientam aos usuários acerca de seus direitos e deveres enquanto usuários do SUS, demonstrando, principalmente, as falhas existentes no sistema de média complexidade, onde é notória a migração de usuários oriundos do interior à procura de assistência, o que ocasiona o inchado da rede em João Pessoa, conforme o depoimento da assistente social abaixo.

Olha o Serviço Social ele interfere no direito a saúde no momento que ele passar a orientar o usuário de que aquela situação que ele tá ali é um direito dele e aí eu trago muito a questão de usuário do interior porque o fato de nós estarmos na capital e sermos hospital do Estado, temos dia que nós absorvemos muitas demandas de outros municípios, demandas essas que poderiam ser realizado no seu município, se município de pequeno porte mais pelo menos na região dele, entendeu? Teria como ter um hospital que deva assistir, não um paciente vir numa ambulância, eu costumo até usar a expressão chacoalhando na ambulância da cidade de origem até João Pessoa ocupando os leitos hospitalares de João pessoa, muitas vezes tem gente que burla a realidade do cartão SUS dizendo que reside em João Pessoa quando na realidade ele vem de outro município e aí agente vê todo um efeito dominó de demanda da saúde daquilo que é pedido e até da quantidade do que se tenha, [...] o familiar está mais estabilizado agente vem buscar trabalhar com ele e que é direito dele receber assistência do município dele ou pelo menos na região onde ele reside e não tá vindo pra João Pessoa. (Entrevistada nº 07).

No que se concerne aos determinantes da procura ao atendimento do Serviço Social no HPMGER, observamos que há uma variação nas respostas, contudo, são colocadas de acordo com as demandas espontâneas que ali chegam. Deste modo, quando questionamos quais as

principais demandas postas ao Serviço Social e quem as demandas (equipe ou os usuários), estes responderam o seguinte:

É relativo os usuários e a equipe, eu digo relativo porque a equipe, a enfermagem que ela solicita muito o serviço Social, aonde em grande parte seria uma atribuição dele, eles não conhecem o nosso fazer profissional, aí acha que agente tá ali pra isso, muitas vezes se busca serviço em outra instituição que o outro profissional naquela instituição ele não quer a nossa participação, ele quer a participação mais técnica no da enfermagem que seria no caso de uma transferência, de falar da transferência do paciente, nós não temos a linguagem técnica de medicina, a enfermagem tem, então muitas vezes ela nos busca pra fazer aquilo que eu compreendo que seria o papel dela mais nos atribui e agente também, em grande parte acontecem, então assim, não é nossa demanda e também o próprio paciente quer que agente dê a solução do problema dele que também não depende de nós, o atendimento médico disse, atendeu o paciente, passou medicação, o paciente vai pra medicação, solicitado exame e aí dentro das dificuldades que eu já falei de laboratório, de isso e aquilo o tempo vai passando e ele quer resolução porque tá aqui, aí isso dificulta e nos frustra, eu sou sincera por eu não conseguir resolver a questão de um paciente que precisa fazer uma ultrassonografia porque depende do médico que faz os exames, que já é em outro setor, muitas vezes agente busca em outra instituição os serviços, quer dizer aí pra nós é frustrante porque agente acha, agente compreende também que poderia ter outra dimensão (Entrevistada nº 01);

Os usuários, com certeza os usuários. Porque é a maioria, porque assim, é como eu disse, às vezes os profissionais confundem que todo tipo de informação quem tem que dar é o serviço social, então assim, agente trabalha com facilitadores e eu percebo que quando alguém se dirige a ele, ele nem se quer escuta bem o que a pessoa pergunta, ele faz é no serviço social, é no serviço social. Alguns não têm clareza do que é o trabalho do serviço social, acha que qualquer tipo de informação é atribuição do serviço social, que na verdade não é. Como já falei, temos que fazer muitos encaminhamentos, buscar vagas em outros hospitais para transferir os pacientes em estado grave para CTI ou fazer exames específico o hospital não dispõe, mas recebemos muitas demandas dos usuários (Entrevistada nº 06).

Os discursos mencionados acima indicam que a maior demanda para o serviço social é trazida pelos usuários, o que podemos aferir que seu direito a saúde foi negligenciado em algum momento, uma vez que este não iria solicitar os serviços do assistente social, se seu atendimento fosse realizado sem nenhuma interferência pela rede de serviços do SUS. Corroborar também, a ausência de integração entre os setores que compõem a rede, especificamente, o setor de saúde e o sistema de atendimento, além disso, fica claro a

frustração do profissional do serviço social, pois muitos profissionais da saúde sabem as atribuições do assistente social, porém descuidam da assistência ao usuário e em seguida encaminha para o serviço social, para que ele resolva o problema.

Contudo, esse posicionamento dos profissionais de serviço social, revelado nas falas, expõe uma visão profissional alinhada a uma perspectiva da profissão em que o assistente social deve desempenhar funções de cunho político de conscientização dos usuários em detrimento de procedimentos técnicos que viabilizem acesso aos serviços institucionais aos usuários. Quanto aos que reconhecem a importância do assistente social e sua função no âmbito hospitalar, a questão da garantia de direitos teve destaque com relação aos principais motivos dos atendimentos realizados nele.

Quando perguntamos aos interlocutores se estes conseguem acompanhar os encaminhamentos feitos para a própria instituição e para a rede, obtivemos respostas positivas e negativas, isto é, diversificadas e vão de acordo com o perfil de cada profissional de serviço social, a saber:

Não. Até porque temos regime de plantão né, então assim, não tem como agente acompanhar realmente todos os pacientes até mesmo aqui dentro do hospital porque cada espaço (urgência, clínicas e maternidade) é um profissional do serviço social que cuida (Entrevistada nº 03);

É agente acompanha, não assim, como uma obrigação né, mas agente acaba acompanhado, como tem o contato com as outras assistentes sociais dos outros setores (maternidade, clínicas, urgência), não como uma obrigação, nem como uma rotina que é determinada no fazer profissional da gente (Entrevistada nº 04);

Fazemos, é feito no caso, e sempre que há uma internação ou uma transferência o serviço social é comunicado por quê? Porque a maioria das pessoas que vem até o hospital que são familiares ou ligam, então agente tem que tá ciente se o paciente tá interno, se foi pra UTI, se foi pra infectada ou se o paciente precisou ser transferido para o Trauma e tudo isso agente tá ciente, nesse momento que agente faz a ficha social, com o preenchimento de dados, com a história do paciente, e agente faz uma parceria de trabalho da campanha - solicitação de sangue, dos doadores (Entrevistada nº 06);

É possível acompanhar esse fluxo, por exemplo, vamos imaginar um usuário chega na urgência pra atendimento, ele passa a enfermeira classifica ele vai pra sala de reanimação, então, como a cabine de Serviço Social é a porta de entrada, então o Serviço Social tem como visualizar a entrada desse usuário, tem como abordar a família e aí se for o caso de internamento a família é orientada ir na recepção, onde é feito o

internamento e é novamente orientada a voltar para o serviço Social para entrevista, então esse fluxo não é perdido o assistente social consegue acompanhar. Uma situação que o Serviço Social tivesse lá dentro em atendimento e o paciente chegasse, tem como o Serviço Social acompanhar tem porque a recepção é orientada e eles na maioria das vezes conseguem fazer esse fluxo valer a pena, agente consegue fazer a entrevista social e aí fazer a demanda social específica. Quando ocorre transferência também o Serviço Social fica na porta de entrada e consegue visualizar a saída do paciente e aí assim eu porque antes que agente consiga visualizar ele indo e a técnica informe o paciente está indo pra o hospital de trauma fazer um exame. Agente tem como acompanhar esse fluxo do que quando ele é mandado fazer algo isso é o laboratório é os enfermeiros que qualifica não precisa passar pra o Serviço Social (Entrevistada nº 07).

Como podemos observar os profissionais em sua grande maioria, conseguem acompanhar os usuários encaminhados para outro serviço dentro da própria instituição, mesmo estando impermeabilizados por uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, como bem coloca Cecílio e Merhy (2003) estão envoltos de “um processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde”. Logo, podemos dizer, que a maior ou menor intersectorialidade e a integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as “práticas dos trabalhadores da saúde [...]” (IDEM). Neste sentido, pode-se dizer que a intersectorialidade começa pela organização dos processos de trabalho desde a atenção básica, onde a assistência deve ser “multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p.40).

No entanto, os profissionais do serviço social do pronto atendimento do HPMGER, afirmam fazendo um só coro, que “não conseguem” realizar esse acompanhamento para a rede, o que para nós é bastante preocupante, uma vez que o profissional não tem retorno do encaminhamento que foi feito, logo o processo se perde “no meio do caminho” e estes não sabem se o problema encaminhado para a rede que compõe o SUS foi resolvido ou não. Desta forma, fica notório que não há a concretude da intersectorialidade tão pouco da integralidade da assistência à saúde dos usuários. Podemos dizer, então, que a construção dos arranjos intersectoriais, como vimos ao decorrer deste estudo, demanda o desate sobre alguns nós críticos, pois não se trata de algo ou de um movimento isolado ou construído por atores e setores específicos, mas sim de algo ou movimentos sistêmicos entre a estrutura onde as

políticas públicas são materializadas, seus personagens, seus saberes e fundamentalmente, seus projetos societários.

Assim, se faz necessário uma maior organização na teia que compõe o cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, conforme coloca Franco e Magalhães Junior (2003) que os “profissionais deverão acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a ‘contra-transferência’, as redes de serviços, para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário”.

Não consegue não! mais não consegue porque a triagem que hoje não é mais triagem é classificação de risco ela vai encaminhar, ela vai dizer olhe esse atendimento não é para o Edson ramalho porque o Edson ramalho só tem paciente de emergência e depois da, muitas vezes o paciente que ele é liberado na classificação ele ainda nos busca, busca o serviço Social pra que o Serviço Social faça uma mediação entre a própria instituição Edson Ramalho pra que ele seja atendido aqui porque não consegue atender ali, muitas vezes agente não consegue também porque ela definiu (Enfermeiro classificador) e eu não tenho mesmo nenhuma autonomia pra dizer não, ela vai fica (...) (Entrevistada nº 01);

Não, aí a partir daí agente perde totalmente o contato. Porque assim, se o paciente tava aqui, por exemplo, foi transferido para o trauma, então agente não tem mais contato, agente mesmo não procura saber até porque é muita coisa pra gente, mas seria interessante agente ter esse retorno, seria muito interessante (Entrevistada nº 06);

É impossível acompanhar porque trabalhamos em forma de plantão, o fluxo de entra e sai da emergência é grande [...] talvez os usuários das clinicas pudessemos acompanhar, mas é muito difícil, a rotina aqui não possibilita esse acompanhamento (Entrevistada nº 07).

Assim, podemos conferir com os apontamentos dos interlocutores, que prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno e que traz consigo além de um problema de saúde, uma certa subjetividade, uma história de vida, que são também determinantes do seu processo de saúde e doença e que deve ser considerado pelo profissional que trabalha no âmbito da assistência a saúde, especialmente, aos que estão na média e alta complexidade.

A concretização dessas relações se vinculam ao trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais e suas estratégias em rede, em alguns casos e serviços, podemos dizer onde tem a dinâmica do trabalho em rede, essa sinergia representa um potencial inovador no SUS

que levanta as possibilidades da formação de uma agenda compartilhada entre as políticas públicas para garantia da efetivação dos direitos sociais, porém onde não há, como é o caso do PA do hospital ora estudado, há uma fissura enorme na garantia do direito do atendimento dos usuários, bem como o descumprimento por parte dos profissionais envolvidos das normatizações e dos parâmetros para atuação na saúde do serviço social. Assim, analisar como o trabalho em redes intersetoriais a partir dos profissionais inseridos no HPM que faz parte da média complexidade da saúde, promove mudanças na vida dos usuários que buscam os serviços do SUS, é possível perceber, a partir das falas mencionadas acima, que ainda tem um longo caminho a se percorrer, pois têm inúmeras fragilidades na efetivação das demandas, o que por muitas vezes, esgota as possibilidades do fazer profissional para o pessoal.

Para além do que foi colocado acima, vale mencionar que os profissionais precisam entender a compreensão sobre o trabalho em rede na visão dos atores envolvidos na rede intersetorial do SUS e conhecer como a gestão integrada entre as políticas setoriais podem contribuir para melhoria da vida dos usuários, para assim, terem discernimento que há uma multiplicidade de entendimento sobre o trabalho em rede, no entanto, ambos convergem para uma ação de articulação, suporte, retaguarda numa perspectiva de garantia dos direitos. E a partir dessa realidade, se visualiza um caminho para que as políticas públicas possam dialogar e construir espaços concretos de gestão das demandas sociais.

A respeito do Serviço Social e o trabalho em equipe no HPMGER observamos que há uma alternância de posicionamentos. Deste modo, ao abstrairmos as respostas acerca se o trabalho em equipe multiprofissional fortaleceria a intersectorialidade, obtivemos as seguintes arguições:

*Na realidade o contexto de equipe multiprofissional, agente vai ter que partir de compreensão, se agente compreender que equipe profissional é aquela que está no mesmo espaço profissional aos quais são demandados, os serviços é acompanhado por todos é tranquilo, **eu compreendo que equipe multiprofissional ela vai para além disso mais aí é uma questão teórica e não vou aqui colocar porque compreendo que não cabe, mais eu posso visualizar sim a equipe, consigo visualizar ela se comunicando e consigo identificar que ela poderia ser mais coesa e se dá modo mais coeso essa aproximação dos profissionais da equipe, assim consegue resolver os problemas com mais rapidez, o que minimiza o sofrimento do usuário. É muito importante essa atuação em equipe, se todo profissional compreendesse desse jeito, nossos problemas seriam cortados pela metade** (Entrevistada nº 07).*

Na fala da entrevistada acima, podemos dizer que esta situação, mesmo a profissional não sendo clara, discorre nas informações que própria formação profissional dá aportes para a realização de um trabalho em equipe pautado pela articulação intersetoriais. Ao mesmo tempo, o cotidiano dos serviços demonstra que o assistente social é referência para outras profissões no que diz respeito ao acesso e viabilização de diversos protocolos utilizados para realizar o atendimento ao usuário. Portanto, como Costa (2006, p. 45) coloca que:

O trabalho do assistente social, a partir de sua formação e intervenção, demonstra ter capacidade para restabelecer o elo entre profissões e setores. Isso revela a relevância do profissional nos espaços sócio-ocupacionais (COSTA, 2006, p.45).

Demonstra, ainda, que na construção de relações profissionais pautadas pela intersetorialidade, demandam do assistente social, estar preparado para se inserir em equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Porém, nem todos profissionais destas equipes se mostram preparados para a realização de um trabalho articulado. Assim, se faz necessário, conforme Vasconcelos (2001, p.115) “romper com as estratégias de organização/ação históricas na rede de saúde e no Serviço Social (centralização no plantão x entrevista x demanda espontânea)” devendo, portanto, priorizar:

[...] ações educativas e preventivas de maior alcance no âmbito institucional; a atenção coletiva; o trabalho em equipe (entre assistentes sociais e demais profissionais, mas principalmente, um trabalho em equipe entre os próprios assistentes sociais), planejando, priorizando e realizando ações do Serviço Social que integrem a rotina das unidades (VASCONCELOS, 2001, p.116).

Neste sentido, nota-se que cada atendimento, de cada profissional, comprometido com a maior intersetorialidade possível, sempre, mas também, realizado na perspectiva de que a integralidade pretendida só será alcançada, conforme destaca Cecílio e Lima (2000) como “fruto do trabalho solidário da equipe de saúde, com seus múltiplos saberes e práticas [...] Maior integralidade possível na abordagem de cada profissional, maior integralidade possível

como fruto de um trabalho multiprofissional”. Conforme demonstra o comprometimento das profissionais entrevistadas:

Bem é, bom o objetivo da equipe multiprofissional é atender o usuário, fazer com que ele seja atendido, não tenha nenhum direito dele negado, o objetivo principal é esse, e se a pessoa procura o atendimento aqui, ele vai ser atendido e a equipe se preocupa com isso que não seja negado e que a pessoa seja respeitada (Entrevistada nº 02);

Existe, a gente trabalha em equipe né, se a enfermagem não tiver presente o serviço social chama, se a psicologia não tiver presente o serviço social chama também e vice e versa, então existe o trabalho em equipe, essa compatibilidade. (Entrevistada nº 05).

Identifica-se no interior das falas, que há uma compreensão dentre entrevistados, no que se concerne se ao trabalho em uma equipe multiprofissional, onde algumas delas afirmam que só há o trabalho em equipe, porém é mister dizer que nem sempre esse trabalho ocorre, pois cada profissional tem seus próprios objetivos e se prendem a eles, o que ocasiona uma cisão no que deveria ser o objetivo principal da equipe multiprofissional – mediar o direito à saúde de forma integral ao usuário.

Nota-se que, quando há reclamações, estas se pautam no âmbito do desconhecimento ou da não clareza por parte da equipe acerca do que seja ou venha a ser o trabalho em equipe, especialmente, a função dos assistentes sociais como componente da equipe multiprofissional. Neste sentido, Costa (2000) destaca que a equipe “embora faça parte do conjunto de procedimentos necessários, conforme depõem inúmeros assistentes sociais, os demais membros da equipe de saúde pouco utilizam tais informações”. Estando aí, portanto, a crítica que os profissionais do serviço social da saúde fazem aos colegas, pois esse fato – pouca utilização das informações que os assistentes sociais possuem sobre o usuário - é interpretado, segundo Costa (2000) pela categoria como uma

[...] indiferença ao saber do assistente social, porém, avaliamos que a consideração de tais informações ainda é um processo em construção dependente do nível de efetiva incorporação, pelo conjunto dos profissionais e trabalhadores da saúde, acerca da concepção de saúde na qual se baseia o SUS (COSTA, 2000).

Deste modo, tal indiferença está arraigada na “presença da concepção tradicional de saúde, sobretudo na prática médica” (idem, p.17) que ainda se encontra fortemente presente na contemporaneidade e na concepção de saúde ampliada, comprometida com a intersectorialidade e integralidade da assistência à saúde dos usuários.

Contudo, Vasconcelos (2001) pontua que o assistente social ao “[...] democratizar informações e possibilitar o exercício de práticas democráticas, podem contribuir na apropriação, pelos usuários, de categorias de análise do patrimônio intelectual”, para assim, dentro das possibilidades, se colocarem criticamente frente ao seu cotidiano e “participar da luta política na defesa de seus interesses” (Idem, p.118).

Ao questionarmos os entrevistados acerca da relação que a intersectorialidade possui com a integralidade da assistência à saúde, obtivemos os seguintes esclarecimentos:

Bem é esse favorecimento, depende muito da comunicação, como eu falei em toda a entrevista é mais o entendimento entre o profissional do Serviço Social e outros profissionais que seja o enfermeiro daqui ou de outra instituição, principalmente ali da triagem, pelo fato de que muitas vezes o enfermeiro não quer fazer o atendimento, não quer tá ali dando a assistência real que o usuário necessita, então repassam a responsabilidade pra gente e ali é o serviço social que tem que agir realmente, vai encaminhar o paciente para outro hospital, orienta que realmente o atendimento não é ali, entra em contato com o serviço e tenta garantir que ele será atendido. Muitas das vezes agente recebe muitas questões de pacientes que o atendimento poderia ser feito, no caso seria os PSF e muitos usuários reclamam que de dizer como é que eu vou ser atendido num PSF que não tem médico, vou lá, mas vou ser atendido daqui a oito dias, então assim, fica complicado você mandar o usuário voltar pra casa sem o atendimento, afinal ele não tem culpa se não tem médico no PSF, a culpa é da gestão maior NE, aí o serviço social age para atender o usuário, é muita conversa com a equipe (...), ***então realmente, muitas vezes é a comunicação com a equipe é que vai favorecer ou não essa relação da intersectorialidade com integralidade da assistência, pelo menos eu acho que é isso né?*** (Entrevistada nº 03);

Em tudo, uma vez que agente tem uma equipe bem alinhada o usuário só tem a ganhar, até na estadia dele no hospital vai ser mais curta porque uma vez que as coisas estão entrelaçadas estão muito bem encaixadas, vai fluir muito mais rápido esse atendimento, esse usuário vai se sentir assistido, isso aí vai refletir diretamente na recuperação dele, em tudo vai fluir, desde a alimentação do paciente, que vai satisfazer ele, a visita do familiar, quando ela chegar vai trazer boas referências, receber assistência na porta de entrada do hospital, quando o paciente ou o próprio familiar vim questionar alguma conduta desde qual o tipo de medicação que tá sendo aplicado na veia dele e ele consegue receber o profissional de enfermagem uma resposta respeitosa, isso aí vai fluir tranquilamente e vai facilitar a vida do paciente tranquila, uma equipe boa, uma equipe coesa que sabe

trabalhar com todos da equipe e de outras instituições só ganha a equipe e o paciente e a família (Entrevistada nº 07).

Podemos observar posicionamentos diferentes e, além disso, a incerteza (entrevistada 03) acerca de qual ou quais atividades desempenhadas pelos entrevistados e/ou a equipe possam/contribui para a construção da intersetorialidade e da integralidade da assistência da saúde dos usuários, como demonstram as falas acima, logo podemos afirmar se o profissional de serviço social desenvolver suas ações pautadas no princípio da integralidade, além do comprometimento com as Diretrizes Curriculares, Código de Ética Profissional e o Projeto Político Profissional, ele com certeza concretizará a intersetorialidade em sua prática, bem como somará para a cisão das falhas existentes no âmbito do pronto atendimento, pois conforme pontua Costa (2007), “o serviço social na saúde interfere e cria um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil”.

Ainda, neste sentido, Lessa (2003) complementa ao esclarecer que o assistente social trabalha “na viabilização dos serviços sociais à população que encontra dificuldades para acessar os serviços de saúde, e com isso o assistente social é o profissional chamado a intervir como um ‘elo’ entre as unidades de saúde e a população na viabilização de seus direitos”. Uma vez que uma das principais limitações mais corriqueiras que a população enfrenta, ao chegar à unidade de saúde, é o “acesso que vai desde a falta de vagas até a falta de informações para concretizar o acesso” (IDEM, p.12).

Portanto, pode-se dizer que ao contribuir para ampliar, facilitar e realizar o acesso aos direitos, os assistentes sociais podem trazer ganhos para os usuários a partir de uma prática articulada aos interesses históricos dos trabalhadores, além de desenvolverem uma prática reflexiva e crítica, que contribua para transformação de informações em conhecimento. Desse modo a intersetorialidade vem como uma recorrente estratégia para a obtenção de uma maior interlocução entre as políticas sociais, ensejando, no campo social, num importante aporte para superação da setorialização das demandas sociais. Surge também, como possibilidade de minimizar a fragmentação e fragilidade históricas das políticas sociais, em especial a da saúde, com vistas a abrandar as iniquidades sociais, dessa forma, a intersetorialidade possibilita uma visão integral das necessidades sociais, de forma a compreender e considerar o cidadão de forma totalizante.

CONCLUSÕES

Há pelo menos, duas décadas, o Brasil vive um processo denso e intenso de aperfeiçoamento das conquistas sociais obtidas a partir da Constituição Federal de 1988. Conquistas estas que tem promovido um redesenho em todo sistema de proteção social em nosso país, ou melhor, tem promovido um redesenho num sistema de desproteção social germinado no Brasil, digo desproteção em virtude da não adoção da perspectiva sistêmica da seguridade, traduzida na desarticulação entre saúde, assistência social e previdência, desconstruindo o que estava previsto na CF de 1988, assim, podemos dizer que esta desarticulação obstaculizou o desenvolvimento de uma cultura pautada no diálogo e na promoção de ações intersetoriais no campo das políticas sociais, com consequências marcantes no contexto atual. No entanto, está claro que o desafio consiste na promoção da **articulação das três áreas de política (saúde, assistência e previdência)**, cujas heranças institucionais, técnicos e políticos são conduzidos por lógicas diversas, como Fleury (2006, p. 114) afirma que “a saúde pela necessidade, a previdência pela condição de trabalho e a assistência pela incapacidade”, portanto, é inegável que o abandono da idéia de seguridade social postulada na CF de 1988 e a procedente desarticulação da área social têm trazido repercussões negativas na condução da política social na atualidade, visto que o simultâneo reforço da competitividade entre setores sociais reiteraram a fragilidade no enfrentamento da fragmentação dos programas e ações sociais no país, sendo, portanto, se faz necessário e urgente resgatar os valores políticos que perpassam os caminhos da reforma social até aqui empreendida, só assim, conseguiremos promover a proteção social vislumbrada na CF de 1988.

A possibilidade de focalizar e direcionar nosso olhar sobre a intersectorialidade, a partir da análise feita no âmbito da literatura, nos mostrou mesmo que de forma incipiente, a presente impossibilidade de adotar a intersectorialidade em todas as suas nuances. Isso se deu em virtude de suas fontes analisadas demonstrarem, pela sua extensão e diversidade de conteúdo, que a intersectorialidade tem sido tratada de forma ainda bastante genérica, haja vista, que se trata de um tema em claro processo analítico por várias áreas do conhecimento. Em virtude disso, pesquisar a intersectorialidade foi uma tarefa que exigiu empenho, dada a ausência de uma sistematização mais acurada que tivesse uma única ou uma definição

homogenia para o termo da intersectorialidade nas diferentes áreas científicas, por isso, se tornou difícil a delimitação da materialidade da proposta intersectorial.

No entanto, assegura-se que a intersectorialidade nos arcabouços teóricos recentes vem cada vez mais ganhando visibilidade e notoriedade acadêmica. Não por acaso, áreas do conhecimento, como já sinalizado acima, como a Saúde Pública, Administração Pública, Sociologia, Serviço Social enxergam nesta categoria um achado relevante no que tange ao estudo das questões que envolvem as políticas públicas, tendo em vista que o sistema de proteção social brasileiro aliado ao quesito macroeconômico é balizado por uma estrutura complexa e pujante. Nesta direção, Andrade (2006) discorre que para compreender a importância da intersectorialidade foi necessário

[...] retomar o contexto social em que os movimentos sociais, articulados em prol do Projeto da Reforma Sanitária, conquistaram a saúde como direito universal, para posteriormente demarcar que foi a partir do conceito de promoção da saúde - quando o papel do Estado começa a ser repensado com a conquista da Constituição Federal de 1988 - que se discute inicialmente o tema da intersectorialidade no Brasil (ANDRADE, 2006).

As políticas sociais ainda produzem resultados de pouco impacto sobre as desigualdades sociais brasileiras. Sendo assim, considera neste estudo, que a intersectorialidade é uma proposta bastante relevante para o campo da política pública e, dado a sua importância, tem sido abordada por distintas perspectivas, especificamente no âmbito da saúde. Logo, percebeu-se após a análise da literatura, que os autores se referem à intersectorialidade, como já abordamos no segundo capítulo, como complementaridade de setores visando o atendimento das necessidades da população, como prática, como um princípio de trabalho com redes e também tratam do processo de construção da intersectorialidade.

Para tanto, evidenciou que ao compor a agenda de formulação da política pública, o conseguimento da intersectorialidade incide sobre os campos da gestão das políticas públicas e dos serviços, bem como o conhecimento produzido nas diversas áreas do saber tem a função social de contribuir na melhoria das condições objetivas de vida da população. No entanto, surge o questionamento de que maneira efetivamente o estudo acerca da intersectorialidade pode ou vem impactar na vida dos indivíduos? De maneira resumida, podemos partir da idéia de que todos os indivíduos têm diversas necessidades a serem atendidas para sua

sobrevivência. Necessidades estas que por sua vez, serão atendidas mediante a disponibilidade de um conjunto de bens e serviços públicos e privados existentes em sua realidade local. No entanto, uma dada necessidade social de um indivíduo pode demandar a interlocução de diferentes atores e serviços, e se não existir esta interlocução minimiza-se a possibilidade de atendimento e do risco social.

Neste sentido, a intersectorialidade vem como uma recorrente estratégia para obtenção de uma maior interlocução entre políticas sociais, ensejando, no campo social, num importante aporte para superação da setorialização das demandas sociais. Também surge como possibilidade de minimizar a fragmentação e fragilidade históricas das políticas sociais, com vistas a amenizar as iniquidades sociais. Sendo assim, a intersectorialidade possibilita uma visão integral das necessidades sociais, de forma a compreender e considerar o cidadão de forma totalizante.

Este estudo trouxe um recorte a análise da trajetória histórica da política de saúde que foi construída por meio do movimento de Reforma Sanitária que requereu um conjunto de ações públicas em busca da obtenção do direito a saúde universal deixando para trás, em parte, o modelo que anteriormente era marcado por atividades paliativas, fragmentadas, lineares e dispersas sem garantia da proteção integral de seus destinatários.

Neste contexto, ressalta-se que os assistentes sociais historicamente trabalham no campo das políticas públicas, atuando fundamentalmente nos serviços disponibilizados para a população. Deste modo, buscou-se nesse trabalho, através da pesquisa teórica e das informações da pesquisa empírica, construir uma reflexão sobre a forma que a intersectorialidade que, assentada na formulação das políticas públicas – em assistência social, recai sobre o campo dos serviços da saúde e de outras áreas. Para tanto, ponderou-se as particularidades deste espaço e a inserção do assistente social neste âmbito. Portanto, chega-se ao fim desse trabalho destacando-se os seguintes aspectos: *que a intersectorialidade enquanto estratégia de gestão se constitui num desafio robusto no campo das políticas públicas, em especial a da saúde; A intersectorialidade no campo dos serviços também se constitui como desafio, pois ela tem relação direta necessariamente com a integralidade e, portanto, para que ocorra a proteção integral faz-se necessário que a intersectorialidade seja concretizada.*

Considerando a amplitude e complexidade apresentada no campo da saúde, especialmente, no que diz respeito à viabilização da intersectorialidade e a integralidade da assistência à saúde numa Unidade de Pronto Atendimento na Média Complexidade, nos remete a necessidade de elaborarmos espaços tanto de reflexão quanto de atuação que possam

articular formas diferenciadas no trato das necessidades dos usuários, neste sentido, como já havíamos sinalizado anteriormente, este estudo buscou construir uma reflexão sobre a forma que a intersetorialidade recai sobre o campo dos serviços - espaço privilegiado de inserção dos assistentes sociais -, a partir da análise teórica do arcabouço da literatura, bem como compreender e analisar a sistematização da prática do Assistente Social na Unidade de Pronto Atendimento do HPMGER (a partir da pesquisa empírica), enquanto partícipe de uma equipe interdisciplinar, na orientação a garantia ao direito a saúde na perspectiva da intersetorialidade como estratégia de gestão na busca da integralidade da assistência à saúde dos usuários.

Admitindo que os profissionais do serviço social sofram perdas biológicas, psicológicas e sociais ocasionadas, muitas vezes, pelo excesso de trabalho organizado em forma de plantões uma vez que estes possuem mais de um vínculo de trabalho, constatou-se com esta pesquisa que, dentre os fatores que influenciam de forma negativa no fazer profissional estão, principalmente, a acumulação de vínculos de trabalho, a falta de sistematização da prática profissional e a escassez de um planejamento setorial, ou seja, esses fatores vão dificultar a orientação da prática profissional do assistente social na perceptiva da intersetorialidade no âmbito da saúde em busca de um atendimento integral. Neste sentido, Merhy (2004) ressalta que o “objeto central do trabalho em saúde, em seus diversos âmbitos, deve ser a produção do cuidado”. Todavia, para que a intersetorialidade ganhe centralidade e seja de fato um mecanismo de gestão das políticas sociais, em especial a da saúde, se faz necessário que a iniciativa deve partir da base, isto é, de todos os atores e profissionais, sobretudo, dos legisladores que participam e formulam as políticas públicas.

Seguindo essa argumentação, ressaltamos primeiramente que apesar de a intersetorialidade estar na agenda destas políticas públicas especialmente na da saúde, a literatura analisada neste trabalho e as informações da pesquisa empírica, com assistentes sociais, confirmam a arguição de Andrade (2006) de que a intersetorialidade consiste num dilema de enfrentar um ambiente historicamente setorial, fragmentado e parcializado.

A pesquisa apontou que há uma discrepância, uma rachadura entre a prática profissional desenvolvida pelos assistentes sociais, os quais, direta ou indiretamente, tomam como referência as colunas que fundamentam o fazer profissional – as diretrizes curriculares, o código de ética profissional e o projeto ético-político -, ao evidenciarem que as políticas públicas são compartimentadas e setorializadas e frisarem que a gestão destas políticas não fornece suporte para a materialização de ações intersetoriais, se revelando nas (im)possibilidades de concretizar práticas intersetoriais pautadas na realidade, ou seja, objeto

da ação profissional, as quais, a nosso vê, só podem ser apreendidas a partir de um processo crítico de leitura da realidade, produto de uma amarração sistemática – ainda não existente – entre o fazer profissional, o debate ora hegemônico no âmbito da categoria e o contexto político do qual perpassa a política de saúde.

Nesta direção, podemos inferir que a burocratização nos serviços parece ser um dos grandes obstáculos no acesso as políticas públicas e, por sua vez, obstaculariza a ação profissional pautada na intersetorialidade, o que dificulta o atendimento integral dos usuários nos diversos serviços, sendo, portanto, onerados pela falta de articulação entre os serviços. Neste processo, os usuários são responsabilizados pela construção da intersetorialidade e, ao mesmo tempo, os serviços traçam uma gama de exigências e contrapartidas desconsiderando, na maioria das vezes, as condições reais dos usuários o que coaduna com as colocações dos autores Cezar, Mioto e Schutz (2008) percorridas na discussão acerca da intersetorialidade no segundo capítulo deste trabalho.

Os resultados obtidos com a realização do estudo permitem apreender que além destas dificuldades presentes nos serviços há também aquelas que estão ligadas diretamente nos traços da cultura organizacional que afetam os serviços públicos, isto é, os espaços dos serviços são marcados pelo patrimonialismo, clientelismo, personalização das relações, hierarquização e verticalização excessiva.

Nesta direção, demonstra também, que apesar da orientação da prática do serviço social ser voltada na perspectiva da defesa dos direitos, nem sempre a sistematização do fazer profissional atende/atendeu a essa orientação, bem como a demanda institucional em um serviço de emergência/urgência dificulta a orientação da prática profissional do assistente social na perceptiva da construção da intersetorialidade na perspectiva de oferecer a integralidade da assistência à saúde dos usuários, o que vem a confirmar as hipóteses iniciais da pesquisa, visto que cada demanda tem suas características próprias, onde devem ser sistematizadas para que as ações não sejam imediatizadas e evasivas, sem, no entanto, grandes possibilidades de reais mudanças no cotidiano dos usuários que ali chegam, portanto, as assistentes sociais, no seu exercício profissional, trabalham cotidianamente com a intersetorialidade apesar de nem sempre a reconhecerem e não compreenderem de fato o é a intersetorialidade, em decorrência disso, a rotinizam notadamente resumindo-a a meras ações intersetoriais e a simples encaminhamentos e repasse de informações, embora esses encaminhamentos não sejam tão simples assim, isso justifica, o que Regina Célia Mioto (2007) chama de lacuna teórica do serviço social em relação às ações intersetoriais e a

ausência do exercício de sistematização da prática profissional, o que exige pensar nas necessidades sociais deste usuário como parte de uma totalidade⁴³ social mais ampla, em vez de realizar a sistematização de protocolos interinstitucionais, por contatos com profissionais de diversas instituições e políticas públicas, dentre outros apresentados nas falas. Neste sentido, Shutz (2009) coloca que o assistente social ao realizar um

[...] simples encaminhamento ou socialização de informações, o assistente social tem de conhecer a rede serviços e sua forma de funcionamento. Neste processo, a atuação do assistente social mobiliza uma série de recursos que exigem que profissional ultrapasse os limites da setorialização e fragmentação dos serviços (SHUTZ, 2009).

Notadamente, é possível inferir, que os assistentes sociais realizam ações na perspectiva da integralidade, uma vez que seus atendimentos mobilizam informações e encaminhamentos intersetoriais. Outro aspecto que requer destaque diz respeito às relações entre profissionais nos serviços – local de trabalho, pois foi possível apreender que as assistentes sociais compreendem a importância do trabalho em equipe, assim como, desvelam que a construção da intersetorialidade implica na construção de equipes multidisciplinares e interdisciplinares, entretanto, revelam também nas entrelinhas que, por vezes, sua atuação profissional fica invisibilizada pelos demais profissionais, embora ele (o assistente social) seja constantemente requisitado pelos usuários e pelos próprios colegas de trabalho, principalmente pelos enfermeiros, psicólogos e médicos.

Concomitantemente, com o estudo, pode-se afirmar que os profissionais do Hospital da Polícia Militar Edson Ramalho possuem um relacionamento razoável com a equipe do serviço social, sendo que há certo receio com relação a alguns médicos, enfermeiros e coordenadores/diretores. Sob o aspecto intra-profissional, o Serviço Social mantém uma boa relação interpessoal, havendo divergências ideopolíticas, o que de certa forma é visto a bons

⁴³ Embora o Serviço Social não tenha produção significativa no campo da intersetorialidade, pode subsidiar este debate a partir da concepção crítico dialética que segundo Cancelli *et. al.* (1994, p.22) “o método neste Paradigma é compreendido dentro da concepção históricodialética, como o processo de conhecimento pelo qual apreende-se a realidade com vistas à sua transformação. Este processo permite que numa determinada realidade objetiva se analise seus elementos contraditórios, estabelecendo a relação dos fenômenos sem esquecer que se trata de uma totalidade concreta”.

olhos, em uma minoria, atingindo inevitavelmente os estagiários em sua apreensão quanto à profissão.

Neste sentido, podemos afirmar que esse quadro dificulta a continuidade do atendimento pautado pela intersetorialidade, uma vez que os assistentes sociais esbarram num ambiente contraditório marcado por disputas de campos profissionais e pela fragmentação e burocratização dos serviços, ainda que os discursos dos autores estudos assim como os textos das políticas públicas sejam consensuais sobre a relevância da intersetorialidade, a pesquisa empírica com os profissionais do serviço social no pronto atendimento do HPMGER comprova que sua concretização ainda é desafiadora. Pois, constata-se que, apesar da intersetorialidade estar presente no âmbito da formulação da política pública de saúde e para a gestão desta política, ainda não criou-se canais capazes de construí-la haja vista que as profissionais não conseguem realizar o acompanhamento dos usuário quando encaminhado para a rede de serviços e muitas vezes dentro da própria instituição, isto, consequentemente, aponta para uma proposta de construção da intersetorialidade no âmbito dos serviços de saúde, sem suporte no âmbito da gestão, assim, nesta direção, os assistentes sociais apontam que a necessidade de construção da intersetorialidade deve partir primeiramente do campo da gestão das políticas públicas, pois não há nem um apontamento de planejamento estratégico e tão pouco intersetorial no pronto atendimento do HPMGER.

A pesquisa nos possibilitou também, evidenciarmos que nem sempre - para não sermos fatalistas, há compatibilidade dos objetivos profissionais do serviço social dentro do Setor de urgência com os objetivos do serviço operado pela equipe interdisciplinar, o que nos permite dizer que a busca pela concretude da intersetorialidade e integralidade dos serviços, se levada às vias de fato, revelaria as diferentes “iniquidades vividas por cada um que busca os serviços de saúde. Da mesma forma, a integralidade seria impensável sem a garantia de universalidade do acesso. Recompõe-se assim o signo: universalidade, equidade e integralidade” (CECÍLIO, 2003, p.12).

No que se refere aos objetivos e rotinas do Serviço Social no HPMGER, ao analisarmos as rotinas do serviço social dentro da Unidade de Pronto Atendimento e em que medida elas estão organizadas para atender as demandas institucionais, profissionais e dos usuários, observamos que eles variam de acordo com as demandas espontâneas que buscam o serviço social, sendo assim, as mais citadas foram que o objetivo principal do serviço social é facilitar o atendimento e garantir o direito dos usuários, ajudarem a equipe na classificação de risco, além de desenvolver um trabalho de mediação e de dar a primeira assistência ao usuário

que chega fragilizado. Contudo, no que diz respeito à organização, os resultados foram bastante enriquecedores, uma vez que houve uma diversidade nas respostas, onde algumas pontuam que se organizam através de “papéis”, isto é, através dos instrumentos de trabalho do assistente social (livro de ocorrência, ficha social, declaração de comparecimento, pulseira de identificação, etc.), outras colocaram que a sua organização vai se pautar na necessidade do usuário, o que fica claro que sua ação é caracterizada por uma ação acrítica, pois não houve um processo organizativo que antecederesse sua ação, isto é, não foram feitas as mediações necessárias para realizar o atendimento ao usuário. Neste sentido, vale ressaltar, frente às reflexões realizadas a partir do estudo, que há necessidade robusta de reforçarmos a importância de se conjecturar o hospital como um “polo da saúde e não da doença; espaço para a operacionalização de um cuidado integral, humanizado que prime autonomia, dialogicidade, na liberdade, no poder de escolha do indivíduo” (CECILIO, 2003) e que os assistentes sociais têm papel fundante na busca da autonomia dos sujeitos, que por vezes, tiveram seus direitos negligenciados.

Desta forma, o estudo permitiu também identificarmos os determinantes da procura desses usuários ao atendimento pelo Assistente Social, onde se pode constatar que a agilidade no atendimento, realizar transferência de usuários, providenciar exames, acompanhante são as demandas mais corriqueiras, o que demonstra que a integralidade da assistência foi trincada em algum momento, uma vez que foi negligenciado o direito do usuário a ter seu acompanhante ou houve demora excessiva no atendimento destes. Logo, permite-nos a colocar que mais do que nunca se constitui um desafio para os assistentes sociais viabilizar a assistência integral a esses usuários, sendo assim, os profissionais do serviço social estão desafiados a encarar além da defesa da democracia, das políticas públicas, a consubstanciar um trabalho no cotidiano e na articulação com outros sujeitos que partilhem dos princípios postos no código de ética – “que faça frente ao projeto neoliberal, já que este macula direitos e conquistas defendidos pelos seus fóruns e pelas legislações normativas da profissão” (COSTA, 2000).

Assim, podemos afirmar que o pronto atendimento é um local de permanente tensão para o fazer profissional, visto que os problemas não resolvidos ou inacabados em outros espaços na instituição e também em outros espaços extra-muro irão terminar no plantão, e sua resolução consiste em um dos desafios à prática profissional. Portanto, o desafio cotidiano do plantão é viabilizar direitos, contribuindo assim para consolidação de direitos e, para isso o profissional estará sempre “guerreando” seja com a instituição, com outros profissionais ou

com o governo. Assim, os versos de Cora Coralina “Quebrando pedras, plantando flores” os definem bem a dimensão do desafio que os assistentes sociais têm em seu dia a dia para concretizar a intersectorialidade e estabelecer relação intrínseca a integralidade da assistência à saúde. Sendo, portanto, necessário que os profissionais da saúde, em especial, as assistentes sociais, tracem estratégias e ações pautadas na intersectorialidade enquanto canais para a concretização da integralidade em sua totalidade que, por sua vez, é uma categoria que avança nesta discussão num embasamento teórico crítico, capaz de captar a realidade em suas múltiplas dimensões, ao mesmo tempo em que fornece subsídios para a transformação da realidade.

Deste modo, conclui-se que a materialização de princípios que atentam para a garantia dos interesses da classe trabalhadora, constitui um desafio, numa sociedade de classes em que as iniciativas estatais tendem à perpetuação do sistema baseado na desigualdade e opressão daqueles que não detêm os meios de produção. Assim sendo, cabe-nos colocar que os avanços alcançados pelo Serviço Social, dos quais é imprescindível situar a lei de regulamentação da profissão (8.662), o Código de Ética e as Diretrizes Curriculares, constituem instrumentos legítimos e juridicamente reconhecidos, a serem explorados pelos profissionais no cotidiano de seu trabalho, a fim de materializarem o projeto profissional, principalmente, na efetivação da intersectorialidade enquanto estratégia de gestão em busca da integralidade da assistência na saúde.

Conclui-se, portanto, nesta perspectiva, que a intersectorialidade deve ser entendida e discutida pelo Serviço Social pelo prisma da totalidade, de modo a forjar uma contribuição própria da profissão acerca desta temática, numa direção crítica. Concomitantemente, no campo da intervenção, a ideia de totalidade pode se consubstanciar na ideia de atenção integral, a qual implica a elaboração e consecução de respostas que atendam as necessidades colocadas pelos usuários através de suas demandas. Supõe-se, portanto, com base nesta perspectiva, construir respostas não fragmentadas a essas necessidades. Deste modo, a profissão possui aportes sólidos para o aprofundamento de conhecimento ações intersectoriais, no âmbito teórico metodológico e interventivo.

E por fim, concluímos que seríamos ingênuos se afirmássemos que este estudo se exauri aqui, uma vez que a realidade está inerente a questão social, posta no cotidiano dos usuários do pronto atendimento do HPMGER e dos demais profissionais que lidam com as demandas postas pelos usuários fragilizados dia a dia de um modo assaz e avassalador. Portanto, julgamos que a questão social é sempre a mesma, porém, suas emanções, seus

efeitos são reconfigurados ao longo da história da sociedade. Neste sentido, para finalizarmos nosso estudo, deixemos para reflexão a sugestão do grande poeta brasileiro Carlos Drummond de Andrade: "Eu tropeço no possível, mas não desisto de fazer a descoberta que tem dentro da casca do impossível". Seguindo esse lema de tropeçar no possível, mas jamais desistir de desnudar o que está imerso no impossível é que os profissionais devem buscar e viabilizar a intersectorialidade enquanto estratégia de gestão pautada na integralidade da assistência na saúde, uma vez que esta certamente se constitui em um desafio, mas não em uma impossibilidade, pois o que se apresenta à nossa íris como limitação é, se não apenas a roupagem do impossível, que disfarça as possibilidades dos homens construírem seus próprios caminhos, suas teias sociais, ou seja, sua própria história.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. S.; WESTPHAL, M. (org). **Gestão de Serviços de Saúde: descentralização/ municipalização do SUS**. São Paulo: EDUSP, 2001.
- ALMEIDA, N. L. T. Retomando a temática da sistematização da prática. In: **Em Pauta. Revista da FSS/UERJ**. n. 10. Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 1997. pp. 87-95.
- AMARAL, G. **As ações intersetoriais na Atenção na Saúde na Alta complexidade: construindo marcos de referências para o exercício profissional dos assistentes sociais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.
- ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, Emir, GENTILLI, Pablo(org.). Pós – Neoliberalismo. As políticas sociais e o Estado democrático. 3º edição. São Paulo: Paz e Terra, 1997. Cap. 1, p. 9-38.
- ANDRADE, L. O. M. de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ASSUMPTÃO, P. F. S. **A integralidade em saúde e o debate do serviço social**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2007.
- BARDIN, L. **Análises de conteúdo**. São Paulo: Persona, 1997.
- _____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BEHRING, E. R. **Brasil em Contra-Reforma: Desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.
- _____. **Política social no capitalismo tardio**. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2002.
- _____. BOSCHETTI, I. **Política Social – fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, Biblioteca Básica de Serviço Social, 2006.
- _____. Principais Abordagens Teóricas da Política Social e da Cidadania. In: **Política Social – Módulo 03**. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD-UnB, 2000.
- BIDARRA, Z. S. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, 2009. n. 99, p. 483-497.
- BIDLOWSKI, C. R. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! In: **Revista Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública**. São Paulo: v. 1, n. 1, jan - abr, 2004.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>. Acesso em: 27 mar. 2013.

BOSCHETTI, I. (Org.); BEHRING, E. R. (Org.); SANTOS, S. M. M. (Org.); MIOTO, R. C. T. (Org.) . **Política Social no Capitalismo**; Tendências Contemporâneas. São Paulo: Editora Cortez, 2008. v. 1. 250p.

BOSCHETTI, I. & SALVADOR, E. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, v. 87, 2006. p. 25-57.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social e o projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 79, 2004.

_____. Implicações da Reforma da Previdência na Seguridade Social Brasileira. **Revista Psicologia e Sociedade**, 15(1), 2003.

_____. Previdência e Assistência: Uma unidade de contrários na Seguridade Social. In: **Universidade e Sociedade – Revista do ANDES-SN**. Brasília: ANDES-SN, 2000. n. 22.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção saúde. In: CZARINA, D; FREITAS, C. M. de (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: Estudos de política Social. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 13 de jun. de 2013.

_____. Ministério da Saúde. CNS. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de Outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006.

_____. **Norma Operacional Básica**. NOB/SUAS. Brasília – DF: MDS/SNAS, 2005.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2001.

BRAVO, Inês Sousa et al. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: _____. **Política Social e Democracia**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, M. I. et. al. **A saúde na década de 1990**. Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio. Rio Janeiro: UERJ-DEPERXT-NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: Fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Assessoria, Consultoria & Serviço Social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Reforma Sanitária e Projeto Ético- Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: BRAVO, M. I. *et al.* (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRONZO, C; VEIGA, L. Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XXVIII, nº 92, nov. 2007, p.5-21.

CAMPOS, G. W de S. **Reforma da Reforma**: Repensando a saúde. 8ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CARVALHO, A. M. P. Assistência social no contexto do estado brasileiro: limites e perspectivas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 16, n. 47, 1995.

CARVALHO, M. do C. **Ação em rede na implementação de políticas e programas sociais públicos**. (2002). Disponível em: WWW.rits.org.br acesso em 12 de dezembro de 2011.

_____. A Reemergência das Solidariedades Microterritórias na Formatação da Política Social Contemporânea. **Revista São Paulo EM Perspectiva**. São Paulo, v. 11, n.4, 1997.

CARVALHO, R. N. **A prática do assistente social no PSF**: desafios e perspectivas. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família). CESED/FACISA, 2006.

CASTEL, R. **A Insegurança Social o que é ser protegido?** Tradução de Lúcia M. Endlich Orth – Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 8ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

CECÍLIO, L. C. de O. E MERHY, E. E.; "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar", Campinas (SP), 2003. (mimeo).

CECÍLIO, L. C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. de (org). **Os Sentidos da Integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L. C. de O. LIMA, M. H. J. "Necessidades de saúde das pessoas como eixo a integração e a humanização do atendimento na rede básica" In: LINHARES, A. L. **Saúde e humanização**: a experiência de Chapecó. São Paulo: Hucutec, 2000, pp 159-182.

CEZAR, C. A.; MIOTO, R. C. T.; SCHÜTZ, F. A construção da intersectorialidade em saúde como estratégia na garantia de direitos.: 19ª **Conferência Mundial de Serviço Social**: O desafio de concretizar direitos numa sociedade globalizada e desigual. Salvador, Bahia, 2008.

COELHO, G. A. V. A., FERREIRA, N. M. e MAGALHÃES, R. **A Intersetorialidade no Programa Bolsa Família: reflexões a partir de uma experiência local**, 2007. www.mds.gov.br/programabolsafamilia/bibliotecavirtual . Acesso em: agosto de 2013.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (org.). **Estado e Políticas sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez. 1995. p. 225-44.

COMERLATTO, D. *et al.*, Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v. 10, n. 2, 2007, p. 265-271.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In MOTA, A. E. *et al.* (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

_____. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção do assistente social. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, número 62, ano XX. São Paulo: Cortez: 2000.

_____. Os Serviços na Contemporaneidade: notas sobre o trabalho em serviços. In: MOTA, A. E. (Org.). **A Nova Fábrica de Consensos**. São Paulo: Cortez, v. 01, 1998, p. 97-113.

COUTO, B. R. **O direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo. Cortez, 2004.

COUTO, M. **Terra sonâmbula**. São Paulo: Record, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (ORG). **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília: CFESS, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei nº 8080/90. In: **Coletânea de Leis. CRESS 2ª Região**. Maranhão, 1999-2002.

FALEIROS, V. **Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil**. Capacitação em Serviço Social, módulo 3. Brasília/DF: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

_____. Renda mínima: uma avaliação. In: SPOSATI, A. (org). **Renda mínima e crise mundial: Saída ou agravamento?** São Paulo: Cortez, 1997.

FERREIRA, V. S. C. e Silva, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z. M. A. e Silva, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FEITOSA, L.; ROSA, L. C. Processo de Reestruturação da Reforma da Atenção em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Sociedade em Debate**, Pelotas, EDUCAT, n. 38, 2006, p. 135-152.

FISCHER, R. M.; BOSE, M.; LIN, F. K. Redes sociais: novos arranjos para a sustentabilidade. In: CABRAL, A.; COELHO, L. (Org.). **Mundo em transformação: caminhos para o desenvolvimento sustentável**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 65-84.

FREITAS, A. B. Traços brasileiros para a análise organizacional. In: MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. (org.). **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997, p. 38-54.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, D. de S.; MENEZES, J. S. B. de; OLIVEIRA, M. M. do N. (Org.). **Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/ADUFRJ, 2008. p. 36-39.

GUARÁ, I. M. F. da R. *et. al.* **Gestão Municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente**. São Paulo: IEE/PUC - SP; Brasília: SAS/MPAS, 1998.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 12ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Capital Fetiche, questão social e Serviço Social. In: _____. **Serviço Social em tempo de Capital Fetiche: capital financeiro trabalho e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. A questão social no capitalismo. **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, Brasília, v. 2, n. 3, jan/jun de 2001, p. 9-31.

_____. **Trabalho e indivíduo social no processo capitalista de produção**. Trabalho e indivíduo social: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e eticopolíticas**.

IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: _____. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboços de uma interpretação histórico-metodológica**. 19ª ed. São Paulo, Cortez, CELATS, 2006.

_____. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 15ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

INOJOSA, R. M.; JUNQUEIRA, L. P. **Experiências Municipais: Desenvolvimento social e intersectorialidade na gestão pública municipal**. Conferência Nacional de Saúde On-Line.1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>. Acesso em: 15 de Out 2013.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, 2001, p. 102-110.

_____. A intersectorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. IN **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, mar./abr.1998, p 35-48.

JUNQUEIRA L. A.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersectorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza**. Caracas: UNESCO/CLAD, 1998. Série Concurso de Ensayos CLAD.

JUNQUEIRA L. A. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, nov./dez.1998, p. 11-22.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, jan-abr. 2004, p.25-36.

_____. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45. 2000.

_____. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, nov./dez. 2000, p. 35-45.

KOGA, D. **Medidas de Cidade**: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **O Território e suas múltiplas dimensões na Política de Assistência Social**. Caderno de Estudos – Desenvolvimento Social em Debate. MDS, nº 2, Brasília, 2005.

KRÜGER, T. R. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. Tese de Doutorado. Recife: PGSS/UFPE, 2005.

LEI ELOY CHAVES - 1923 - **legalização das CAP's** – Cala movimentos sociais. Assistência à saúde nasce relacionada a um vínculo formal de trabalho e para categorias específicas de produção (Oliveira e Teixeira, 1985).

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. Disponível em: http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf. Acesso em: 4 Outubro 2013.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. 2001. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – Textos & Contextos (Porto Alegre), 2010, v. 9, n. 2, p. 229 – 243.

MENDES, E. V. Ciências com consciência. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1996. MENDES, R.; BOGUS, C.; AKERMAN, M.. Agendas urbanas intersectoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 47-55, 2004.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. (org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MENDES, R.; BOGUS, C.; AKERMAN, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2004, p. 47-55.

PÁDUA, C. A. *et al.* High incidence of adverse reactions to initial antiretroviral therapy in Brazil. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, [S.l.], v. 39, p. 495-505, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ R. Niskier. Violência contra Crianças e Adolescentes: questão Histórica, Social e de Saúde. In **Violência faz mal à saúde**. Organizado por Cláudia Araújo de Lima. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>>. Acesso em: 15 junho. 2013.

_____. Da inteligência parcial ao pensamento complexo: desafios da ciência e da sociedade contemporânea. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 10, n. 19, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/viewFile/2175-7984.2011v10n19p41/19592>>. Acesso em: 15 junho. 2013.

_____. Desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29^a ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 9-29.

_____. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10^a ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 407p.

_____. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 23^a Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. de S. (org). DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional De Promoção Da Saúde**. Anexo I. 2006. Disponível em: www.portadasaude.gov.br Acesso em: 1 de OUTUBRO de 2012.

MIOTO, R. C. T. **As ações profissionais do assistente social na Atenção Básica da Saúde: contribuições para o debate sobre a intersectorialidade e família na construção da integralidade**. Projeto de Pesquisa apresentado ao CNPq. 2007.

_____. Família e Serviço Social: Contribuições para o debate. In: **Serviço Social e Sociedade** N.55, ano XVIII Cortez, 1997.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **Revista Ser Social**. Brasília, v. 11, n. 25, p.221 – 243. 2009.

MIOTO, R. C. T. & SCHUTZ, F. **Intersetorialidade na política Social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais**. In DIPROSUL. 2011.

MONNERAT, G. L. *et alli*. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol.12, número 6, ABRASCO/ Fiocruz, 2007.

MONNERAT, G. L. & SENNA, M. C. A seguridade social brasileira: dilemas e desafios. In: MOROSINI, M. V.; REIS, J. R. F. (orgs). **Sociedade, Estado e Direito à Saúde**. Editora Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. de C. M.; SOUZA, R. G. A descentralização no campo da saúde: avanços e impasses na implementação de uma política. *Revista Em Pauta*, 18. Faculdade de Serviço Social/ UERJ, 2003.

_____. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. In **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, RJ, ABRASCO, volume 7, número 3, 2002.

MOREIRA, V. M. L. Nacionalismo e Reforma Agrária nos anos 50. **Revista Brasileira de História**. São Paulo: ANPUH/Humanitas Publicações, vol. 18. nº 35, 1998, p. 01-21.

MOTA, A. E *et al.*(orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006, p. 305-351.

_____. **Cultura da crise e a seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência social brasileira nos anos 80/90. São Paulo: Cortez, 1996.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2010.n. 101, p. 95-120.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política**: Uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, V. M. R. Direitos à saúde na sociedade contemporânea. **Ser Social**: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social. Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social –, n. 10. Brasília, 2002.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional**. 2006. Disponível em: www.fnepas.org/servicosociais/saude/inicio.htm Acesso em: Jan. de 2013.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos 90. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001, vol. 6, n.2, p. 445-450.

OLIVEIRA, F. de. **Os direitos do ativador**: A economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMAN, L.; MARINS, J. J. N. A Busca da Integralidade nas Práticas de Saúde e a Diversificação dos Cenários de Aprendizagem. O Direcionamento do Curso de Medicina da UFF. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 2^a ed. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2005.

OLIVEIRA, H. M. J. **Cultura Política e Assistência Social**: Uma análise das orientações de gestores estaduais. São Paulo: Cortez, 2003.

OLIVEIRA, J. FLEURY, S. T. **(Im) Previdência Social**. Petrópolis: Vozes, 1986.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde.** OPAS, 1978.

PAULA, A. P. P. de. **Por uma nova gestão pública:** limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PEREIRA, P. A. P. A saúde no sistema seguridade brasileiro. In: **Ser Social: Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social.** Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social –, n. 10. Brasília, 2002.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil. Uma pequena revisão.** Belo Horizonte: UFMG, 2001. Disponível em http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf, acessado 05/06/2013.

_____. História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão. In: _____. **Projeto de Extensão Liga de Saúde da Família** - UECE. Fortaleza: Sistema Municipal Saúde Escola, 2008.

PONTES, N. R. O Trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. In: **Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais.** Brasília: UNB, CEAD, 2000.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social.** São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Assistência Social e esfera pública: Os conselhos no exercício do controle social. **Cadernos ABONG**, São Paulo, n. 21. 1997.

REDE UNIDA. **Intersetorialidade na Rede Unida.** Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro, n. 22, 2000. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/index.asp>. Acesso em: 3 de Mar de 2007.

ROSEN, G. O que é a Medicina Social? In: **Da Polícia Médica à Medicina Social.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 77-141. Original inglês.

SANDRONI, P. **Dicionário de economia.** 3ª ed. São Paulo: Nova Cultura, 1992.

SANTOS, A. **Reforma Trabalhista e sindical do Governo Lula.** Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, n. 81, 2005.

SANTOS, L. Experiências Inovadoras no Ensino da Saúde. **Revista RADIS.** Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ENSP. N.49, setembro, 2006.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e Justiça:** As políticas na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SEIBEL, E.; OLIVEIRA, H. Clientelismo e seletividade: desafios às políticas sociais. **Revista de Ciências Humanas.** Florianópolis, nº 39, abril/2006, p. 135-145.

SCHÜTZ, F.; MIOTO, R. C. **As ações profissionais do assistente social na Atenção Básica da Saúde:** contribuições para o debate sobre intersetorialidade e família na construção da

integralidade. Relatório Final entregue ao PIBIC, Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SCHÜTZ, F.; **A intersectorialidade no campo da política pública:** indagações para o Serviço Social. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2009.

SILVA, M. M. J. **Serviço Social na Educação: Teoria Prática:** Editora Papel Social, Copyright, 2012.

SILVA, M. S. da. **O projeto ético-político e a prática profissional dos assistentes sociais na saúde.** Dissertação [Mestrado] em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro — UFRJ, Escola de Serviço Social, 2006.

SILVA Jr.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C DE. Refletindo sobre o ato de cuidar em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.) **Construção de Integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

SINGER, P. *et al.* **Prevenir e curar.** O controle social dos serviços de saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988. 166 p.

SOARES, L T. **Os custos do Ajuste neoliberal na América Latina.** São Paulo: Cortez, 2000.

SOUZA, D. J. M de. Serviço Social na terceira idade: uma práxis profissional. In **Lato e Sensu**, Belém, v. 4, n. 1, p. 3-5, out, 2003. Disponível em: http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/153.pdf Acesso em: 25/04/2010.

SPOSATI, A. “Modelos Brasileiros de Proteção Social Não Contributiva: concepções fundantes”. In. **Curso de Formação de Multiplicadores – 1ª etapa**, MDS, Brasília, 2007.

_____. A proteção e a desproteção social na perspectiva dos direitos sócioassistenciais. In: A. **CNAS IV Conferência Nacional de Assistência Social. Caderno de Textos**, Brasília, MDS/CNAS. 2007, p.17-21.

_____. Gestão pública intersectorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 27, n. 85, mar. 2006b, p. 133-141.

_____. Especificidade e intersectorialidade da Política de Assistência Social. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 77, 2004.

_____. *et al.* **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras:** uma questão em análise. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1998. 112 p.

_____. **Carta-tema:** a assistência social no Brasil, 1983 – 1990. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995. 94 p.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2004.

TEIXEIRA, S. F. *et al.* Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: _____. **Reforma Sanitária**. Em busca de uma teoria. 2ª ed. 2002.

_____. Assistência médica previdenciária. Solução e crise de uma Política Social. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, Cebes, n. 9, 1980.

V CONGRESSO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE e VIII SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE. **Direito à saúde: 20 anos do Sistema Único de Saúde - SUS e a atuação do Assistente Social**. São Paulo/SP, 2010. Disponível em: <<http://www.oxfordeventos.com.br/conasss/apresentacao.html>> Acesso em: 13/10/2010.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **A prática do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2006.

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

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais**. São Paulo: Hucitec, 2008.

VIEIRA, E. **Os Direitos e a Política Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. **Estado e Miséria no Brasil de Getúlio a Geisel**. São Paulo: Cortez, 1983.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinariedade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, p. 47- 61. 2000.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e Assistência Social**. São Paulo: Cortez Editora, 2007 (6ª edição).

_____. As ambiguidades da assistência social brasileira após 10 anos de LOAS. In **Revista Serviço Social e Sociedade**. nº 77, São Paulo, Cortez Editora, março 2004.

_____. Voluntariado e Profissionalidade na Intervenção Social. In **Revista de Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFMA**. São Luis, UFMA, v.6, n.2, 2002.

_____. A Política Social brasileira nos anos 90: refilantropização da Questão Social. In **Cadernos ABONG**, nº 11, 1995.

APÊNDICES:



Ao todo, a instituição possui 153 leitos e 983 profissionais que oferecem à população nove especialidades ambulatoriais, 33 tipos de cirurgias, 12 serviços de maternidade e nove tipos de exames laboratoriais.



Projetos humanizados – O hospital também desenvolve projetos como o curso de libras para os funcionários. O treinamento tem o intuito de melhorar e dar mais agilidade ao atendimento dos pacientes com dificuldades na fala ou audição. Quarenta e três funcionários já foram capacitados.



Garantir a saúde da população e dos recém-nascidos são os principais objetivos do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho, considerado o principal hospital de urgência em especialidades clínicas do Estado.

ANEXOS:

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Título da Pesquisa: INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE: estratégia de atuação do
 Serviço Social

Discente pesquisadora: Gilvaneide Nunes da Silva

Docente Orientadora: Dra. Maria Aparecida Ramos de Meneses

Nº _____

Parte I

PERFIL PROFISSIONAL

1- Idade: _____

2- Sexo F: () M ()

4- Estado Civil:

5- Ano formação: _____

6- Pós- graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Ano de conclusão: _____

Área: _____

Carga horária: () 20h () 30h () 40h

Vínculo: () celetista () estatutária () Comissionada () Prestador/a de serviço

7- Possui outro vínculo: () sim () não

Área: () Assistência () Gestão () Saúde: _____ () outros _____

Vínculo: () celetista () estatutária () Comissionada () Prestador/a de serviço

Carga Horária complementar: () 20h () 30h () 40 h

8- Renda Mensal:

() de 1 à 3 salários () de 3 à 6 salários () de 6 à 10 salários

9- A remuneração é satisfatória? Por quê?

Parte II
RELACIONADO AO OBJETO DE ESTUDO

MODULO A
OBJETIVOS E ROTINAS DO SERVIÇO SOCIAL

1. Consegue perceber o objetivo da instituição no serviço de pronto de atendimento?
2. Qual o objetivo do serviço social no setor de pronto atendimento?
3. Como você organiza sua prática para atender os objetivos institucionais?
4. Como você organiza sua prática para atender os objetivos profissionais?
5. Como é sua rotina no pronto atendimento?
6. Consegue realizar atividades de ordem socioeducativa? Planejamento e gestão?
7. Como é realizado o trabalho com as referencias e contrareferências?
8. Quais são as demandas postas pelo usuário no setor de pronto atendimento?
9. Como o serviço social tem se organizado para atender essas demandas?
10. Em que medida as suas ações profissionais contribuem para a intersetorialidade da assistência?
11. Em que medida as suas ações profissionais contribuem para garantia do direito a saúde?
12. O que poderia ser feito para melhorar o seu desempenho profissional?

MODULO B

DETERMINANTES DA PROCURA AO ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

1. Quais as principais demandas postas pelos usuários para o serviço social no pronto atendimento?
2. Quem tem demandado mais o serviço social? (instituição/equipe/usuário)
3. Consegue acompanhar os encaminhamentos feitos para a própria instituição?
4. Consegue acompanhar os encaminhamentos feitos para a rede?

MODULO C

O SERVIÇO SOCIAL E O TRABALHO EM EQUIPE

1. Consegue visualizar os objetivos da equipe multiprofissional?
2. Percebe se há compatibilidade dos objetivos do serviço social e o da equipe multiprofissional?
3. Como é o relacionamento do serviço social com a equipe?
4. De que forma o serviço social participa das decisões da equipe?
5. De que forma as atividades em equipe favorecem a intersetorialidade e a integralidade da assistência?
6. Acredita que o serviço social está integrado a equipe efetivando a intersetorialidade ? Por quê?
7. Sente dificuldade em trabalhar em equipe? Por quê?
8. O que poderia ser feito para melhorar a integração do serviço social com a equipe de trabalho?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa versa sobre a “**INTERSETORIALIDADE NA SAÚDE:** estratégia de atuação do Serviço Social” e está sendo desenvolvida por Gilvaneide Nunes da Silva, acadêmica do Curso de pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do(a) Prof^o Dra. Maria Aparecida Ramos de Meneses. A finalidade deste trabalho é contribuir para uma melhora nos serviços prestados aos usuários pelos profissionais que formam a equipe multidisciplinar, interdisciplinar e intersetorial do Pronto Atendimento do Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho. Mesmo que não haja um benefício direto ao senhor(a) por participação, outras pessoas poderão se beneficiar. Solicitamos a sua colaboração em responder a entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
Ou Responsável Legal

Atenciosamente,

Gilvaneide Nunes da Silva

João Pessoa, _____ de _____ 2012