



UFPB

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Serviço Social
Coordenação de Serviço Social

MAYARA DO NASCIMENTO PERNAMBUCO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**SERVIÇO SOCIAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: território, questão
social e demandas**

JOÃO PESSOA - PB

2021

Mayara do Nascimento Pernambuco

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
SERVIÇO SOCIAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
território, questão social e demandas

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado como requisito para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Luciana Cantalice, semestre 2020.2.

João Pessoa-PB

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

P452s Pernambuco, Mayara do Nascimento.

Serviço Social nas Unidades de Saúde da Família:
território, questão social e demandas / Mayara do
Nascimento Pernambuco. - João Pessoa, 2021.
123 f. : il.

Orientadora : Luciana Batista de Oliveira Cantalice.
TCC (Graduação) - Universidade Federal da
Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes,
2021.

1. Serviço Social. 2. Questão Social. 3. Unidades de
Saúde da Família (João Pessoa-PB). 4. Território. 5.
Assistente Social - Unidades de Saúde da Família. I.
Cantalice, Luciana Batista de Oliveira. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 364

MAYARA DO NASCIMENTO PERNAMBUCO

SERVIÇO SOCIAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: território, questão social e demandas

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado como requisito para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Luciana Cantalice, semestre 2020.2.

Aprovada em ____/____/____.

Banca Examinadora

Profª Drª Luciana B. de O. Cantalice
Universidade Federal da Paraíba
(Orientadora)

Profª Drª Patrícia Barreto Cavalcanti
Universidade Federal da Paraíba
(Examinadora Interna)

Profª Jéssica Maria de Souza Mélo
Universidade Federal da Paraíba
(Examinadora Externa)

João Pessoa - PB

2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em
memória de minha maior inspiração
como exemplo de vida. Á minha
saudosa mãe, Risomar Batista do
Nascimento, que em sua
simplicidade e amor me fez absorver
valores essenciais, que são hoje,
meu pilar de existência e que
transcendem o agora e vão além, na
esperança de um futuro mundo
melhor.

AGRADECIMENTOS

Expresso minha gratidão, a todos e todas que fizeram parte do meu processo de construção acadêmica. Aos colegas que percorreram comigo essa estrada do conhecimento contínuo. Aos professores e professoras da Universidade Federal da Paraíba, do curso de Serviço Social, por tudo que me foi ensinado e que me transformou para além sala de aula.

Agradeço a minha orientadora, Luciana Cantalice, por toda dedicação, paciência e competência para comigo. Pois, só me fez crescer ainda mais do ponto de vista da minha capacidade, que jamais seria evidenciada sem suas orientações. Sendo essenciais para minha motivação a medida que as dificuldades surgiam ao longo do percurso.

Ao meu amado filho que está sempre presente em todos os momentos da minha vida e que me orgulha todos os dias ao vê-lo se tornar um grande ser humano.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho e que torceram por mim em algum momento de suas vidas. Aos meus colegas da Usf Torre Integrada, a assistente social Daniele e aos meus usuários e usuárias que prontamente se disponibilizaram às minhas necessidades, ao qual sem eles/as eu não teria concluído este projeto.

A propósito disto que se chama classe,
Paira o clamor dos oprimidos,
Rebenta a esperança, as possibilidades herdeiras.
A propósito disto que se chama exploração
Paira a vontade de lutar,
Inunda a terra de solidariedades.

A propósito disto que se chama emancipação
Pairam pálpebras douradas, auroras boreais,
Vibram e reverberam bramidos coloridos em dias de festa.
A propósito disto que se chama **luta**
Paira a ternura e a vontade de **não ceder**,
De compreender os inúmeros sinais mesmo diante das tormentas.
E esperar florescer gerânios outonais em cada casa.
A propósito disto que se chama liberdade
Paira o brilho nos olhos de cada ser humano,
A vontade e a força dos expropriados de virar a página e dizer não
Mesmo que para isso seja necessária à revolução.

Daniela Castilho

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso teve por objetivo problematizar a inserção de assistentes sociais, no âmbito da realidade cotidiana das Unidades de Saúde da Família em João Pessoa-PB. Propôs-se a analisar os determinantes que incidem sobre essa necessidade, destacando-se as expressões da questão social, as particularidades do território e as demandas da saúde da população que permitem problematizar a efetiva inserção e o desenvolvimento do trabalho profissional de assistentes sociais nesses espaços. O recorte teórico-metodológico se constituiu no materialismo histórico dialético, visto a necessidade de apreender da realidade concreta as determinações estruturais do fenômeno pesquisado. Teve como aporte norteador, uma pesquisa exploratória visando ter maior familiaridade com o problema, de caráter quanti-qualitativo, junto a profissionais e usuários/as da Unidade de Saúde da Família do bairro da Torre, onde se localiza a USF Torre Integrada, esta, que serviu de *lócus* para a análise investigativa. A coleta dos dados foi realizada no período de dezembro 2020 a junho de 2021, mediante a utilização de levantamento bibliográfico/documental e entrevistas, objetivando a análise das situações concretas que envolvem a totalidade do fenômeno à luz de suas respectivas análises de natureza quanti-qualitativa para melhor apreensão do objeto de estudo e suas particularidades. Destarte, mediante os resultados obtidos reafirmamos o pressuposto da pesquisa de que no território onde se encontra localizada a Unidade de Saúde da Família Torre Integrada, estão postas cotidianamente expressões da questão social, que se firmam como determinantes sociais da saúde e que requisitam, na medida de uma compreensão ampliada de saúde, estabelecida pela OMS, definindo que um estado completo de saúde devem considerar o bem estar físico, mental e social do ser humano, onde, nesse contexto, se materializa a atuação efetiva de assistentes sociais.

Palavras-Chave: Serviço Social, Questão Social, Unidade de Saúde da Família, Território, Demandas

ABSTRACT

This course conclusion work aimed to problematize the insertion of social workers in the daily reality of the Family Health Units in João Pessoa-PB. It was proposed to analyze the determinants that affect this need, highlighting the expressions of the social issue, the particularities of the territory and the population's health demands that allow for problematizing the effective insertion and development of the professional work of social workers in these spaces. The theoretical-methodological approach was constituted in the dialectical historical materialism, considering the need to apprehend the structural determinations of the studied phenomenon from the concrete reality. Its guiding contribution was an exploratory research aimed at having greater familiarity with the problem, of a quantitative and qualitative nature, with professionals and users of the Family Health Unit in the Torre neighborhood, where the USF Torre Integrada is located. which served as the locus for the investigative analysis. Data collection was carried out from December 2020 to June 2021, through the use of bibliographic/documentary survey and interviews, aiming to analyze the concrete situations that involve the entire phenomenon in light of their respective quantitative-qualitative analyses. for a better understanding of the object of study and its particularities. Thus, through the results obtained, we reaffirm the research assumption that in the territory where the Torre Integrada Family Health Unit is located, expressions of the social issue are placed daily, which are established as social determinants of health and which require, insofar as from an expanded understanding of health, established by the WHO, defining that a complete state of health should consider the physical, mental and social well-being of human beings, where, in this context, the effective performance of social workers is materialized.

Keywords: Social Work, Social Issue, Family Health Unit, Territory, Demands

LISTA DE TABELAS

TABELA 01- Especificação dos tipos de violência que já foram identificados na relação direta com os/as usuários/as da USF Torre Integrada.....	69
TABELA 02- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto à Faixa Etária.....	80
TABELA 03- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto a cor.....	82
TABELA 04- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto ao sexo.....	83
TABELA 05- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto a religião.....	84
TABELA 06- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto a religião.....	86
TABELA 07- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto a ocupação/trabalho.....	87
TABELA 08- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto a média de rendimento fixo.....	88
TABELA 09- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada dos que recebem benefícios e dos que possuem dependentes financeiros.....	90
TABELA 10- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto as condições de moradia.....	92

TABELA 11- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto ao perfil dos moradores nos domicílios (idosos/as, com deficiência, com doenças crônicas).....	93
TABELA 12- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto a frequência de comparecimento á USF.....	96
TABELA 13- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada sobre vida saudável estar apenas associada ao bem estar físico.....	98
TABELA 14- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto ao nível de entendimentos gerais sobre o que se trata o desempenho das funções do/a assistente social e sua importância na composição da referida USF	100
TABELA 15- Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada sobre a quem recorrem quando algum direito ou serviço lhe é negado na USF.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde
ANS- Agência Nacional de Saúde
ANESP- Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas
CAPS- Caixa de Aposentadorias e Pensões
CFESS- Conselho Federal de Serviço Social
CNDSS- Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde
CONASEMS- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DIEESE- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
DS V- Distrito Sanitário V
DSS- Determinantes Sociais de Saúde
ESF- Estratégica Saúde da Família
FNCPS- Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAP- Instituto de Aposentadoria e Pensão
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social
LOS- Lei Orgânica da Saúde
LOAS- Lei Orgânica da Assistência Social
MPC- Modo de Produção Capitalista
NASF- Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS- Organização Mundial de Saúde
OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde
OS- Organizações Sociais
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF- Programa Saúde da Família
PMJP- Prefeitura Municipal de João Pessoa
PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SUS- Sistema Único de Saúde
SUAS- Sistema Único de Assistência Social
SILOS- Sistemas Locais de Saúde
USF- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 01	22
1.1 A SAÚDE NO BRASIL, SUAS PARTICULARIDADES, AVANÇOS E DESAFIOS	22
1.2 QUESTÃO SOCIAL E A VINCULAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE.....	31
1.3 TERRITÓRIO COMO LUGAR DA SAÚDE: as estratégias de territorialização e as atuais USF's	38
1.4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: marcos históricos e atualidade	44
CAPÍTULO 02	57
2.1 USF TORRE INTEGRADA: considerações iniciais acerca do <i>lócus</i> e da realização da pesquisa de campo	57
2.2 Considerações acerca do percurso da pesquisa	60
2.3 Dados de identificação e de especificação do objeto de pesquisa concernentes às profissionais entrevistadas na USF Torre Integrada.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
APÊNDICE.....	113

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata-se de uma monografia de conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. Resultado da pesquisa intitulada Serviço Social nas Unidades de Saúde da Família: território, questão social e demandas, que tem como objetivo principal, apreender aspectos concernentes a dinâmica do processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família, destacando o perfil das comunidades e sua relação com a possível inserção do Serviço Social em suas equipes.

Sabendo-se do vínculo estrategicamente construído entre as USF's (Unidades de Saúde da Família) e a população, é nesses espaços que se configura uma aproximação ao cotidiano dos indivíduos, possibilitando uma apreensão da realidade dos/as usuários/as em suas singularidades e particularidades, das quais se apresentam aquelas que se estabelecem no cerne das competências do Serviço Social.

Demandas que acabam por serem negligenciadas na ausência do/a profissional Assistente Social atuando juntamente aos demais da equipe multiprofissional das USF's. Nos inquietando a questionar o quanto danoso essa realidade possa significar no enfrentamento às expressões da questão social fundadas no sistema capitalista e refletidas na condição de vida e de trabalho dessas pessoas.

Dessa forma, é primordial promover reflexões que possam dinamizar o debate sobre tal conjuntura, suas incidências sobre a questão social e as mediações com os determinantes sociais da saúde, ainda mais urgentes numa dinâmica de desmonte dos direitos. É na atuação junto às massas que se perfila e fundamenta-se historicamente a prática do Serviço Social, sendo assim, justificável e urgente sua efetivação no atendimento a tais demandas no intento de trazer à luz da observância ao conjunto das necessidades que permeiam tais problemáticas, afim de proporcionar respostas adequadas no enfrentamento aos condicionantes perpetuados no modo de produção capitalista e suas contradições e que reverberam no âmbito da saúde.

Objetiva-se nesse sentido, a superação de tais aspectos que se configuram mediante as demandas sociais existentes no território que necessitam de respostas

urgentes que possibilitem o vislumbre do amplo sentido da concepção de saúde, sendo este para além do orgânico, estabelecendo-se como biopsicossocial.

Para tanto, entendemos que a aproximação do objeto e do fenômeno devem ser efetivadas utilizando de métodos que permitam sua análise na perspectiva da totalidade para, dessa forma, conseguir explicá-lo não apenas superficialmente, mas, considerando todas as suas expressões. Assim, esse trabalho foi alicerçado por um projeto de pesquisa desenvolvido com os/as usuários/as da comunidade e profissionais da atenção básica que atendem em uma USF no território onde se inserem esses atores.

A Saúde é parte integrante da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988, nela, se delineiam particularidades que devem ser efetivadas no atendimento e trato à população que visem sua pluralidade, permitindo os avanços e enfrentamentos ao conjunto de contradições da dinâmica capitalista, necessários à proteção social. Nesse entendimento, é sabido que tal conjuntura neoliberal formula na sociedade estratégias de ataques que impactam deliberadamente às camadas mais pobres, trazendo consequências sobre o desemprego, pobreza e desigualdade social. Problemáticas que incidem na materialidade de sua existência, devendo ser levadas em consideração na sua totalidade. Os determinantes sociais da saúde se colocam como aspectos a serem considerados nessa realidade dos sujeitos, permitindo, por meio dessas aproximações uma fidedigna atuação em consonância com o Projeto da Reforma Sanitária e os direitos assegurados pela Carta Constitucional vigente.

Nesse sentido, a escolha para o desenvolvimento desse trabalho de conclusão de curso, decorre da necessidade de discussão sobre a importância dos processos de produção e reprodução das relações sociais no âmbito dos territórios, considerando as mediações entre a questão social, a saúde, o trabalho com a população e as diversas demandas postas às Unidades de Saúde da Família, que dão visibilidade à necessidade de inserção direta do trabalho profissional de assistentes sociais nestas equipes.

O intento é promover a reflexão sobre a realidade concreta dessas Unidades e de seus/as usuários/as, que possibilitem uma análise crítica sobre o tema proposto, a fim de que se constituam diante disto, uma discussão capaz de identificar as mediações existentes entre a saúde, a questão social, o Serviço Social e o trabalho com a população.

Essas questões acima descritas foram identificadas a partir da experiência da discente, enquanto Agente Comunitária de Saúde que atua no âmbito de uma USF. A partir dessa prática foi possível observar, em oportuno, a existência de demandas pertinentes a atuação do Serviço Social, para que as necessidades dos/das usuários/as, em termos de demandas próprias à saúde, fossem respondidas. Estas demandas são identificadas nas visitas domiciliares, observações territoriais ou mesmo nos atendimentos internos, constituindo uma realidade afluyente nos mais diversos perfis que se subdividem, por vezes, em problemáticas existentes nas famílias inseridas nos territórios de atendimento da USF.

Nesses núcleos são dinamizadas inúmeras situações que incidem sobre a vivência de várias expressões da questão social como: pobreza, desemprego, dependência química, violência, violação de direitos e que se inscrevem como determinantes à saúde dessa população. Nessa direção, requisitam a realização de estudos sociais e de repostas profissionais que articulem a rede sócio assistencial de proteção social, numa intersecção entre práticas, competências e políticas sociais, que efetivamente se direcionem para a materialidade da concepção de saúde que é direito dos usuários e dever do Estado, conforme assegurado no texto constitucional brasileiro.

A complexidade diante do disposto, se mostra na realidade como um emaranhado de condicionantes a serem esgotados de análises em suas subjetividades e relações sociais, sendo mais imediatamente constatados na realidade da população idosa, dos/as usuários/as dependentes químicos, na situação de abandono e/ou de rua, na violência doméstica, no abuso infantil, nos índices de pobreza com a violação do direito à satisfação de necessidades básicas, bem como, as dimensões observáveis nos processos de trabalho interno à Unidade, que se apresentam delimitadas aos aspectos de prática curativa e de promoção à saúde. Direcionadas apenas às particularidades médico/físico/orgânicas, o que não dinamiza o protagonismo social da população nesses espaços, bem como a atenção as determinações de condições de vida, de trabalho, de moradia, de educação, de transporte, fatores isolados que conectados resultam num processo social complexo permeado por subjetividades, que não se contemplam nesse espectro, mas que estão vinculados a saúde da população nesses territórios, onde se localizam as USF's, como já aludido.

Tendo em vista que é nas situações concretas do cotidiano que se desenvolvem as ações do exercício da profissão, considerando todas as dimensões que envolvem a integralidade do indivíduo, diante dessas problematizações que são dispostas continuamente, configurando as expressões da questão social, é na objetividade desse cotidiano **in loco** que o enfrentamento a essa dinâmica deve ser efetivado. Para além do que se apresenta no imediato, essas demandas exigem um aprofundamento em suas intervenções que possibilite averiguações e encaminhamentos mediados e baseados na perspectiva da totalidade, permitindo uma efetividade social do serviço, atuando na observância e na objetivação dos direitos da população usuária em questão.

Atualmente, as demandas territoriais existentes e acompanhadas nas Unidades de Saúde, que exigem uma intervenção do Serviço Social, não reverberam em respostas efetivas, pois, quando identificadas, já se configuram num estágio de urgência, defrontando-se com a ausência desse profissional em tempo hábil, sendo assim, necessidades invisibilizadas, direitos violados e a materialização de uma redução da concepção do atendimento em saúde, visto a inobservância das várias dimensões que compõe a questão.

Direcionar os serviços prestados nos atendimentos aos/as usuários/as das Unidades de Saúde da Família apenas aos aspectos físico/orgânico, impossibilita uma abordagem na perspectiva da pluralidade dos indivíduos, considerando o conjunto de suas necessidades e a dimensão dos seus direitos, impede a formulação e promoção de discussões, debates, ações e projetos necessárias a incessante busca da efetivação basilar dos princípios contidos na Reforma Sanitária e expressos na Constituição Federal de 1988, por meio da concepção da Seguridade Social, permitindo a superação dos obstáculos históricos e conjunturais postos a equidade e justiça social.

Considerando que as Unidades de Saúde são espaços hoje, tidos como “porta de entrada” aos mais diversos atendimentos em procedimentos de baixa, média e alta complexidade em saúde dos municípios, por meio do Sistema Único de Saúde brasileiro e estão localizados estrategicamente, desde sua concepção, no interior das comunidades populacionais, portanto, sendo nestes espaços propícios à atenção aos sujeitos em seus múltiplos aspectos. Essa configuração permite uma gama de elementos a serem desenvolvidos na realidade concreta por parte do Serviço Social

no âmbito do enfrentamento às expressões da questão social, considerando a centralidade do perfil populacional desses territórios.

Para tanto, como já disposto, é essencial compreender a importância da atuação do Assistente Social no contexto das Unidades de Saúde da Família, com vistas a observar em sua integralidade os direitos fundamentais dos indivíduos, deveres do Estado e mediados pelas competências da profissão. O Projeto Ético Político do Serviço Social, converge no sentido amplo desse direcionamento. Para além do imediato, os determinantes exigem nessa realidade complexa e dinâmica um profissional capaz de atender as vertentes que se sucedem na reprodução social, no enfrentamento às expressões da questão social e suas múltiplas consequências no que incidem sobre o processo de adoecimento. A relevância desse projeto se aloca na máxima da compreensão das perspectivas individuais e coletivas presentes nas Unidades de Saúde da Família, afim de promover o acréscimo de conhecimento empírico na busca de autonomia desses sujeitos, possibilitando um entendimento crítico das especificidades sociais e suas dimensões aos quais estão inseridos, contribuindo assim, para a efetiva materialidade da concepção de saúde inscrita nos termos biológico, orgânico psicossocial. Dessa maneira, constituindo relevante ampliação no potencial organizativo de atendimento nas USF's junto à população, com a imprescindibilidade na inserção do profissional assistente social nessas Unidades para o alcance de tal contexto.

Nesse sentido, partimos do pressuposto de que no território onde se encontra localizada a Unidade de Saúde da Família Torre Integrada, estão postas cotidianamente um conjunto de expressões da questão social, que se firmam como determinantes sociais da saúde e que requisitam, na medida de uma compreensão ampliada de saúde, estabelecida pela OMS, definindo que um estado completo de saúde devem considerar o bem estar físico, mental e social do ser humano, sendo assim chamados de biopsicossocial, onde, nesse contexto, se materializa a atuação efetiva de assistentes sociais.

Ainda, sinalizamos como um segundo pressuposto de nossa pesquisa que a inserção de assistentes sociais nas equipes de Unidades de saúde da Família, incide no entendimento de que a concretude das relações sociais dinamizadas no cotidiano/ambiente das USF's junto a população é um componente facilitador na identificação das múltiplas expressões da questão social, no intento de dar respostas

efetivas a tais demandas, considerando o exercício ao direito à saúde pela população na busca dos direitos garantidos.

Desse modo, temos como objetivo geral do presente TCC analisar as mediações entre o trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família e em especial na Unidade de Saúde da Família Torre Integrada e as expressões da questão social no território onde esta se insere, de modo a identificar as demandas postas aos assistentes sociais, no tocante a efetiva atenção integral à saúde.

Assim, consideramos como objetivos específicos: - Levantar o conjunto de expressões da questão social no âmbito do território onde se localiza a USF Torre Integrada; - Identificar as mediações entre as expressões da questão social e a atenção à saúde da população atendida pela USF Torre Integrada; - Identificar as demandas existentes no território da USF Torre Integrada pertinentes ao Serviço Social; - Identificar junto aos/as profissionais da USF Torre Integrada mediante a realidade de seus atendimentos, a importância da atuação direta de assistentes sociais nesses espaços; - Verificar se nos processos de trabalho interno da USF Torre Integrada existem atividades que contemplem a atenção à saúde no aspecto social, sinalizada pelo conceito de saúde da OMS; - Investigar junto aos usuários/as da USF Torre Integrada como se dá a atenção à saúde, no tocante a dimensão do bem-estar, sinalizada pelo conceito de saúde da OMS.

Em termos metodológicos a nossa pesquisa será de caráter exploratório, posto que visa proporcionar maior familiaridade com o problema, consiste nas formas diversas de se explorar/investigar o fenômeno para explicitá-lo. E envolverá o levantamento bibliográfico (livros, artigos, textos) e documental (relatórios de pesquisas já realizadas, estatísticas, mapeamentos), a observação, a entrevista, as fotografias, etc.

Considerando ainda seu caráter exploratório a pesquisa articulará uma revisão de literatura, destacando a interlocução com: Iamamoto Capital Fetiche (2007), Netto Capitalismo Monopolista e Crise (1997), Bravo, Matos, (2001), (2012) e (2013), Marx Capital vol. I e II (1988), e uma pesquisa documental (documentos da USF Torre Integrada e dados da Secretária de Saúde e do Ministério da Saúde) e de campo. Tal articulação se justifica em face da necessidade de utilizar de dados e estudos já concretizados, objetivando a fundamentação para o adequado embasamento do projeto de pesquisa em questão e a análise comparativa dos dados, numa análise que relaciona as dimensões da universalidade-particularidades-singularidades.

Em termos de recorte teórico-metodológico a pesquisa se assentará no materialismo histórico dialético, visto que essa perspectiva de análise nos proporciona um vislumbre das dimensões postas como também da objetivação das análises interpretativas da realidade histórica em permanente movimento e desenvolvimento, na compreensão dos fenômenos ocasionados pelo modo de produção capitalista, sendo estas as múltiplas expressões da questão social.

Assim, os dados serão organizados e sistematizados por categorias de análise, que analisadas por meio de suas mediações nos possibilitarão a articulação da universalidade-particularidades-singularidades que envolvem o fenômeno social pesquisa, numa perspectiva de totalidade.

No tocante a pesquisa de campo a coleta de dados foi mediante a utilização da entrevista semiestruturada, constituída de perguntas abertas e fechadas, que possibilita uma maior flexibilidade de abordagem ao sujeito da pesquisa (informante). As questões foram divididas em: Abertas (perguntas que permitem maior liberdade ao/a entrevistado/a) e fechadas (podem ser dicotômicas, apresentar vieses múltiplas opções). O roteiro da entrevista foi formulado pela pesquisadora antes de ir a campo e consta na parte do apêndice. As entrevistas foram realizadas no período de 02 a 16 de junho do corrente ano.

Considerando os limites postos à realização da pesquisa, tanto no que concerne ao tempo destinado para coleta, análise dos dados e elaboração do relatório final, quanto à acessibilidade aos seus sujeitos, utilizamos a amostra estratificada para garantir a exequibilidade da proposta. Esse tipo de amostra constitui-se em dividir a população preterida em subgrupos, para análise de estudo do contexto proporcional. Portanto, teremos: o grupo dos/as usuários/as e o grupo da equipe da USF Torre Integrada. Sendo este último subdividido, em subgrupos por profissões: uma Médica e três agentes comunitários de saúde. Ainda, será entrevistada a assistente social do Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF) que atua na USF Timbó, pois, é para essa profissional que são atualmente direcionadas às requisições que dizem respeito as competências e atribuições dos/as assistentes sociais de outras Unidades de Saúde. Também, serão entrevistados nove usuários/as que estejam inseridos nos critérios de inclusão, que passamos a expor a seguir.

Os critérios de inclusão, apontamos para: usuários/as que vivenciam em seu cotidiano expressões da questão social no território da USF Torre Integrada; profissionais de saúde (Agentes Comunitários de Saúde e médica) que acompanham

os/as referidos/as usuários/as no território da USF Torre Integrada; a médica da USF pesquisada que possui uma relação direta com os/as usuários/as; e a profissional Assistente Social inserida numa equipe de saúde em outra USF.

Considerando os critérios de exclusão: usuários/as que não demandem a atuação direta de assistentes sociais, usuários/ que não estejam inseridos no território adscrito da USF Torre Integrada, profissionais atuantes na USF Torre Integrada que não estão inseridos no critério de inclusão.

Quanto aos instrumentos e técnicas de análise de dados, observamos a natureza quanti-qualitativa do estudo, pois consideramos que uma pesquisa acerca da apreensão das mediações das relações sociais postas na realidade cotidiana envolvem uma dinâmica que se expressa de maneiras diversas, sendo assim, necessária o uso de técnicas de análises estatísticas (tabelas) e sistemáticas (análise crítica do conteúdo das entrevistas, cotejando com a revisão de leitura), abrangendo tanto aspectos a serem considerados na forma quantitativa quanto qualitativa, pois, dessa forma, entendemos que seja a mais adequada a ser utilizada na observação do objeto e descrição do fenômeno.

No que concerne aos aspectos éticos da pesquisa apontamos que foram seguidos o que disciplina a Resolução do Conselho Nacional de Saúde N.466, de 12 de dezembro de 2012, cujas premissas versam sobre

[...] o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos; [...] o desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico; [...] o progresso da ciência e da tecnologia, que desvendou outra percepção da vida, dos modos de vida, com reflexos não apenas na concepção e no prolongamento da vida humana, como nos hábitos, na cultura, no comportamento do ser humano nos meios reais e virtuais disponíveis e que se alteram e inovam em ritmo acelerado e contínuo [...]. (BRASIL CNS, 2012)

E cujas diretrizes expressam a incorporação

[...] sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução. (BRASIL CNS, 2012)

Ainda, foi utilizado o termo de esclarecimento e consentimento, sendo este, documento básico utilizado para realização de quaisquer contatos que envolva a aproximação aos indivíduos participantes da pesquisa, objetiva a exposição do cunho do projeto, como também a orientação da não obrigatoriedade da participação do mesmo e o total anonimato daqueles que decidirem autorizar a entrevista. Tal documento, encontra-se no apêndice deste projeto.

Em termos de organização didática da discussão o trabalho foi estruturado em partes, seguindo a seguinte disposição: Capítulo 01, onde explanamos sobre a historicidade da Saúde no Brasil, desde o período pré-colonial até os dias atuais, prosseguindo com a narrativa da questão social e sua vinculação com os determinantes sociais de saúde, depois com a discussão sobre território como lugar da saúde e finalizando traremos uma leitura conjuntural sobre Serviço Social e Saúde e seus delineamentos. Já no capítulo 02, nossa reflexão se dará acerca do *lócus* da nossa pesquisa de campo, a USF Torre Integrada, os/as participantes de nossa coleta, como também das análises advindas de tais questionamentos, e ademais, as considerações finais e referências bibliográficas.

CAPÍTULO 01

1.1 A SAÚDE NO BRASIL, SUAS PARTICULARIDADES, AVANÇOS E DESAFIOS

Para compreensão das peculiaridades da política de saúde no Brasil, ressaltaremos em oportuno, seus aspectos centrais decorridos em marcos históricos, que se configuraram em momentos singulares do cenário político, econômico, social interno e externo do país. Para tanto, faz-se necessário um vislumbre sobre as conexões dessa dinâmica, repleta de ramificações dicotômicas que se refletem nas dificuldades e entraves estruturais na saúde pública do Brasil que persistem até os dias atuais e atingem as camadas mais pobres da sociedade do país, visto as múltiplas expressões da questão social perpetuadas no modo de produção capitalista e suas contradições que reverberam no âmbito da saúde dos/as trabalhadores/as.

Podemos afirmar que as características que dimensionam a historicidade da saúde no Brasil são consideravelmente complexas, devido a um cenário de contextos significativos que marcam o desenvolvimento dessa política no país. Considerando a formação do povo brasileiro, a conjuntura basilar societária (sócio-político, econômico) e a inércia funcional da classe dominante sobre a importância da viabilização da saúde de qualidade para toda a população. Movimentos intrínsecos a manutenção do sistema, que indissociáveis, confluem para uma perspectiva atual de uma totalidade social, subjugada a uma nova ordem econômica mundial capitalista, que densa de forma acentuada as diferenças socioculturais entre a população de um país de grandeza continental, com os seus, 8,5 milhões de quilômetros quadrados, representando 47% da América do Sul e 211,8 milhões de habitantes. (IBGE, 2020).

A saúde no Brasil, independente do período e desde o princípio, pouco foi considerada uma prioridade dos governos responsáveis atuantes. Desde a invasão portuguesa, que particularmente, trouxe consigo doenças europeias, disseminando episódios de calamidade entre os indígenas e mais posteriormente, os povos sequestrados e escravizados de África em completo abandono séptico. Adido a isto, um rápido e crescente aumento populacional desenfreado, constituindo epidemias e endemias de proporções violentas.

No ápice desses episódios de calamidade sanitária, devido a urgência relativa ao desenvolvimento das atividades econômicas, é que a saúde da população passava a obter maior visibilidade por parte dos interessados na produção da riqueza, pois, além da má repercussão, ainda haviam prejuízos relacionados a ausência da força de trabalho devido o consequente adoecimento. Sem alternativa para melhores condições, restava uma população esquecida, limitada ao uso de plantas medicinais e recursos naturais no trato de suas mazelas.

Em 1543, no período marcado pela escravização de indígenas e africanos, foram implantadas as primeiras Casas de Misericórdia, que avançaram conforme a colonização, geralmente administradas por pessoas de posses e católicas envolvidas em obras sociais, eram ineficientes e inadequadas. Com a vinda da família imperial portuguesa às terras brasileiras, foi então que surgiu um certo imediatismo de atenção mínima sanitária à saúde restritas à capital do império e delimitadas as pessoas mais abastadas. Mesmo assim, foi nesse período de grandes evoluções científicas pelo mundo e disseminação de novos conhecimentos que se mostraram essenciais para a fundação em 1808, de Faculdades de Medicina em Salvador e no Rio de Janeiro por Dom João VI.

Porém, a assistência médica continuava restrita à elite e a classe dominante que dispunha de recursos, enquanto que a maior parte da população de indígenas, negros/as e pobres, não tinham direito ao acesso mínimo a tais cuidados. O quadro sanitário do país se agravou acarretando problemas econômicos ao Brasil. Para reverter de forma rápida e abrupta a situação, medidas foram necessárias, e a frente dessa responsabilidade estava o sanitarista e diretor da saúde pública, Oswaldo Cruz, que tinha como principal meta a imunização em massa da população pauperizada. Uma campanha marcada pela obrigatoriedade, imposição e falta de informação, resultando na conhecida Revolta da Vacina em 1904 no Rio de Janeiro.

Apesar das controvérsias e arbitrariedades do modelo policial e fiscal de Oswaldo Cruz, avanços epidemiológicos foram significativos, dentre eles, a criação de órgãos especializados na saúde, a erradicação da febre amarela e posteriormente a fundação do Instituto Oswaldo Cruz. Em 1920, seu sucessor, Carlos Chagas, inovou ao utilizar a propaganda e a educação permanente dirigida à população, sobre a necessidade de imunização, a criação de mais órgão especializados e a expansão de atividades sanitárias para além dos limites da capital, Rio de Janeiro.

Até este período, o modelo sanitista, era centrado na logística de manutenção das demandas padrões do comércio de exportação econômica, dando mais ênfase aos portos que se destacavam nas relações comerciais do Brasil com outros países. O modelo sanitista campanhista, centrava-se nessa lógica, aos cuidados sanitários dos espaços que circulavam as mercadorias. Esse panorama favoreceu o fortalecimento da burguesia cafeeira e do poderio coronelista, (1898 a 1930) impulsionado pela industrialização e capital estrangeiro. A força de trabalho advinda principalmente dos imigrantes europeus operários/as, que devido as suas experiências de organização e de luta de classe vivenciadas em seu continente, detinham consciência de classe, fato este, que levou posteriormente a construção de articulações e mobilizações por melhores condições de trabalho entre o proletariado, ameaçando a economia, inclusive com greves gerais.

Assim, diante da pressão, Estado e empresariado uniram-se com o propósito de formular estratégias de enfrentamento à crise e dessa forma, garantir a manutenção das condições sociais de produção e reprodução social do capitalismo. E em 1924, o Congresso Nacional aprovou o que viria a ser o marco da Previdência Social no Brasil, a Lei Eloy Chaves, instituindo as Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAPS). Seu financiamento era principalmente de responsabilidade dos patrões e empregados, a assistência médica era apenas aos trabalhadores segurados contribuintes;

“O modelo em saúde das CAPS era clínico-privatista e da medicina liberal que privilegia a abordagem individual e medicalizante dos problemas de saúde e negam a relação da doença com as condições de vida dos indivíduos e coletividades” (AGUIAR, 2015, p. 22).

Trazendo em questão as reflexões de como o/a trabalhador/a era visto/a, apenas um ser reprodutivo de suas atividades laborais compreendido tão somente por sua capacidade de produzir riquezas, mediante a exploração.

Como afirma o autor acima, as particularidades a serem dinamizadas sobre o cuidado à saúde da classe trabalhadora, não eram capazes de contemplar a conjuntura do seu cotidiano laborativo, que o/a exauria de suas limitações orgânicas e psicológicas, devido a sua exploração diante do sistema, desta forma, incapaz de propiciar-lhes condições dignas de vida. Configurações estas, refutadas para manter o ciclo econômico em movimento. A exemplo disto, as vilas operárias, imóveis pertencentes aos proprietários das fábricas, que basicamente eram acomodações

humildes, alugadas pelos/as trabalhadores/as e localizadas nas imediações onde trabalhavam. Tal situação, os/as sujeitavam as condições de trabalho e remuneração oferecida diante da temeridade de perderem suas moradias. Registrava-se ali, a completa subjugação do proletariado à classe dominante. Sendo assim,

O crescimento acelerado da indústria se dá a custa das condições precária de trabalho, aumentando os riscos e problemas de saúde aos trabalhadores urbanos, piorando as condições de vida e saúde dessa população, que não contava com moradia e saneamento adequados. Dessa forma, aos problemas antigos de saúde da população (doenças endêmicas e epidêmicas) foram crescidos outros decorrentes da inserção do processo produtivo industrial e as condições precárias no modo de viver, tais como: acidentes de trabalho, doenças profissionais, estresse, desnutrição, verminoses, entre outros. (AGUIAR, 2015, p.24)

Em 1930, o Estado passou a intervir de maneira mais direta na saúde, devido as constantes crises de ordem interna e externa, influenciadas pela dinâmica capitalista, evidenciando a necessidade de uma ação política que acelerasse o desenvolvimento do país, afim de acompanhar o cenário mundial. Foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Embora, a atenção por parte do Estado à saúde da população significasse um avanço, paralelamente, a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), em substituição às CAP's, juntamente com a crescente medicina liberal, atuavam num modelo de saúde de mais qualidade, voltado para os segurados (medicina previdenciária) e os mais abastados (medicina liberal), estabelecendo uma dualidade no perfil assistencial em saúde brasileiro.

Com o fim da 2ª Guerra Mundial, o cenário político brasileiro, encontrava-se em ambiente de intensa disputa interna, mas sempre alinhados numa perspectiva de crescimento econômico e investimentos mínimos na saúde. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde independente do Ministério da Educação. À época, dois grupos sanitaristas defendiam pontos de vista diferentes relacionados à saúde; o sanitarismo campanhista de prática higienitista e a corrente do sanitarismo desenvolvimentista em defesa da relação do nível de saúde da população de acordo com o grau de desenvolvimento econômico do país, embasados na atenção à saúde em ações preventivas e curativas diante da necessidade da população e de execução em nível municipal.

Assim, a dimensão de Saúde no Brasil, foi estruturada desde sua gênese, repleta de motivações direcionadas à ordem econômica e funcionalidade à classe

dominante. Inclusive, reduzindo o conceito de saúde, como apenas a ausência de doença e desconsiderando os aspectos de saúde como qualidade de vida, no intuito de manter as atividades operárias em funcionamento. Entre 1956 a 1960, no governo de Juscelino Kubitscheck, as grandes transformações na economia com o apoio de capital estrangeiro, fortaleceu significativamente a burguesia industrial. Numa perspectiva de conceber um/a trabalhador/a saudável para a produção, hospitais próprios previdenciários foram construídos. As empresas insatisfeitas com a ascensão da IAP's, deram início as contratações em massa dos serviços médicos particulares, o que possibilitou gradativamente a ampliação do modelo médico-assistencial privatista, hegemônico, entre os anos de 1960 a 1980.

Mediante um golpe em 1964, foi instaurado no país, o regime militar. Um governo de repressão alinhado aos interesses do grande capital nacional e internacional, redimensionando a estrutura do Estado para o favorecimento de investimentos na modernização e industrialização do país e redução nos gastos sociais. Neste viés, a mercantilização da saúde predominou nas Instituições Previdenciárias. Houve a unificação das IAP's com a criação do Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS) em 1966. Tal modelo, acabou com a gestão Tripartite, centralizando no INPS o administrativo e financeiro, com fins de capitalização e lucro. Como afirma Aguiar (2015, p.29), "O INPS passou a ser o grande comprador dos serviços privados de saúde, estimulando-se um padrão de organização da prática médica pela lógica do lucro".

Esse contexto, logo declinou substancialmente os intentos que se direcionavam a saúde de qualidade no Brasil, tendo em vista que o enfoque do Estado se direcionava a medicina lucrativa, que exigia altos investimentos para uma demanda cada vez mais crescente, enquanto que os serviços públicos de saúde, sucateados a longo tempo, tornaram-se gravemente insuficientes para a maior parte da população.

O desemprego e suas consequências sociais incidiram sobre o aumento das favelas, elevando consideravelmente a marginalidade, mortalidade infantil, violência, endemias e epidemias. Uma crise que evidenciou o acúmulo de renda e privilégios para poucos e o empobrecimento e descaso para muitos. O modelo de saúde de qualidade para todos, tornou-se uma das muitas reivindicações por parte da sociedade insatisfeita, consolidado na defesa dos movimentos sociais.

Com a insatisfação gerada pelos problemas sociais e de saúde, a sociedade articulada, reivindicava melhores condições de vida para a população menos

favorecida. Em 1975, na V Conferência Nacional de Saúde, diante dos problemas evidenciados, o Governo Federal apresentou proposta de um Sistema Nacional de Saúde - Lei 6.229/75. Com forte oposição do empresariado, a regulamentação do projeto foi parcialmente efetivada, entre os avanços: Programa materno-infantil, Programa Nacional de Imunização, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM), Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, etc.

A urgente necessidade de mudanças que contemplasse a melhoria de vida das pessoas por meio também dos cuidados em saúde, mostrou-se como fundamental trazer à luz das reflexões novas operacionalidades no modelo de saúde que confrontasse as antigas que já se esgotavam de respostas, de acordo com Aguiar, (2015, p.32) “ A partir da Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978, começa a ser difundida na América Latina e no Brasil, com apoio da Organização mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o conceito de Atenção Primária à Saúde e os princípios da medicina comunitária que preconizava: a desmedicalização, o auto cuidado de saúde, a atenção primária realizada por não profissionais de saúde, a participação da comunidade, entre outros.

As novas possibilidades a serem concretizadas na realidade, visando uma saúde de qualidade, foram ganhando contornos que se mostraram propícios diante da pressão popular para com o Estado. A Reforma Sanitária, um projeto que ganhou força nos anos 1970 e 1980 se tornou um símbolo do movimento sanitário em defesa da vida, aspirando um sistema público capaz de assegurar equidade na garantia de direitos e acesso aos bens e serviços de saúde à população, de forma gratuita e universalizada, consagrando-se em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tido como um momento crucial na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme as diretrizes da Reforma Sanitária.

Com a Promulgação da Constituição de 1988 e um capítulo próprio destinado à Seguridade Social, passou a ser dever do Estado assegurar os direitos relativos à Saúde, Previdência Social e Assistência Social, de forma igualitária, pública e de qualidade para todos/as os/as cidadãos/as brasileiros/as, mediante a reorganização de ações e serviços no modelo público descentralizado, com vistas a garantir liberdade e os direitos sociais. Porém, simultaneamente aos avanços que se estabeleciam para os/as brasileiros/as, na contramão da acessibilidade às políticas públicas de qualidade como propunha inicialmente a Carta Magna, outra onda de

dimensões globais e hegemônicas, impediu a efetividade de tais conquistas, a agenda neoliberal:

[...] o seu cumprimento pleno se viu atropelado pelas políticas neoliberais que a partir desse momento se tornaria hegemônicas no Brasil. Foi uma *construção interrompida* de um projeto mais generoso de proteção social gestado a partir da redemocratização do país. Portanto, é falsa a afirmação de que no Brasil a Seguridade Social “não deu certo”: ela nunca foi implementada na sua plenitude. (BRAVO, MATOS, 2012, p.11, grifo do autor).

Mesmo diante dos entraves oriundos dos interesses neoliberais, as mudanças advindas da Constituição de 1988 conduziram-se como fundamentais no processo de melhorias da Política de Saúde no país. Dessa forma destacamos a Lei 8.080/1990 que rege entre outros, os princípios doutrinários e organizativos do SUS, estes, que são elementares para a concretização e desenvolvimento nos termos Constitucionais. De acordo com Roncalli, “[...] os princípios doutrinários expressam as ideias filosóficas que permeia a criação e implementação do SUS e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema, de modo a contemplar seus princípios doutrinários”. Os Princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade. E os Princípios organizativos: a descentralização, a regionalização, e hierarquização do sistema a participação e o controle social.

Nesse novo modelo organizacional, podemos citar o princípio da descentralização como um dos principais aportes para a efetiva solidificação da universalização dos serviços, sendo nessa perspectiva, a redistribuição quanto as ações dos serviços em saúde entre as esferas, federal, estadual e municipal. A municipalização assumiu a atribuição principal na promoção de serviços e ações de saúde para a população. Esse conceito associado à saúde, parte do pressuposto que para o estabelecimento de políticas de saúde com qualidade, é determinante conhecer as particularidades da realidade local. Um processo “de dentro para fora” em movimento constante, atualmente, representado pelos serviços das Unidades de Saúde da Família (USF), que estrategicamente são dispostas no interior das comunidades e são reconhecidas como porta de entrada de 90% dos serviços de saúde no SUS.

A organicidade do Sistema Único de Saúde brasileiro, se apresenta hoje como uma primazia na concepção em saúde pública universal. Nenhum outro país oferta

gratuitamente seus serviços de saúde para toda a população indistintamente. De fato, o SUS é uma referência no que tange a complexidade de estruturação tão ampla, capaz de disponibilizar à sua imensa população, serviços em saúde dos mais básicos aos mais complexos. Das Unidades de Saúde, entre redes de apoio, aos Hospitais de tecnologia mais avançada, realizando um total de cerca de 1,5 bilhões de procedimentos por ano. Concebendo um paralelo das primeiras atividades sanitárias no país, até a realidade atual disponibilizada pelo SUS, podemos dimensionar o qual considerável é a unificação da sociedade em defesa desse sistema de saúde que beneficia milhões de brasileiros/as das mais variáveis classes sociais.

Embora, distante de ser o SUS idealizado em sua grandeza, é por meio dos serviços diários e rotineiros, como também das parcerias com instituições e redes privadas, que todos/as o utilizam e grande parte da sociedade não tem conhecimento disto. Essa inércia independe da classe social. Nos inquieta questionar porque tal realidade não é amplamente disseminada entre a população através de meios midiáticos e informativos em geral, para dessa forma, incentivar as pessoas em defesa da saúde pública. Governos entram e saem, sem que haja uma perspectiva acolhedora dimensional e elucidativa do nosso sistema de saúde, apesar de utilizá-lo de alguma forma. Perpetuando-se assim, mais como um projeto de desmonte do que como um inequívoco ocasional. Segundo pesquisa da ANS (Agência Nacional de Saúde) cerca de 77% da população brasileira, não possui plano de saúde. Dos mais de 200 milhões de brasileiros/as, apenas 47, 4 milhões possuem plano de saúde privado.

A pandemia do novo-corona vírus, pela qual na atualidade está evidenciando as disposições dos sistemas públicos de saúde do mundo inteiro, comprova o qual é imprescindível um sistema capaz de atender as necessidades em massa da população. Pondo a prova as tendências ultraliberais que dispõem sobre a efetivação da saúde em seu modelo privado. Pois, os aspectos estruturais para o combate eficiente em momentos críticos e alarmantes em um curto espaço de tempo, não seriam possíveis dadas as limitações organizativas dependentes dos planos privados, tendo em vista, as variáveis expressões da questão social, já citadas, impedientes de contemplarem a população geral que em grande parte não dispõem de condições financeiras para tal, possivelmente os destinando a morte.

Toda notoriedade adquirida durante a pandemia que o Sistema Único de Saúde brasileiro vem obtendo em nível mundial, bem como a visibilidade interna diante de

uma população que em parte, negligencia e/ou ignora a importância do SUS, nem assim, foram aspectos capazes de intensificar a relevância de sua necessidade na materialização de mais investimentos no setor, pelo contrário, recentemente, o governo federal anunciou cortes no financiamento da saúde previstos para o decorrente ano. Cerca de 7 bilhões a menos do que em 2020 e comparando-se aos gastos necessários durante a pandemia, o valor será inferior a 47 bilhões.

A atual gestão federal do país, demonstra total despreparo sobre decisões que interferem na vida da população. Fato este, que durante uma pandemia, no combate a um vírus mortal que persiste desde março de 2020, a estratégia do presidente que por vezes demitiu os Ministros da saúde que não compartilhavam de sua opinião, foi se posicionar na corrente do negacionismo. A sua postura decerto, influenciou comportamentos, incentivando essa fração da sociedade a irem na contramão aos cuidados mínimos a serem adotados em prevenção a Covid-19 e questionarem a eficácia das vacinas desenvolvidas pelos Institutos financiados pelo SUS, Butantan e Fiocruz. Que apesar do subfinanciamento crônico, demonstraram a importância da ciência e do nosso sistema de saúde para a sociedade. Esse posicionamento do governo fundamentado na negação da ciência desde o início da pandemia, fatidicamente custou vidas. Precisamente, mais de 500.000 na atualidade. Dentre os/as mais vitimados/as, está a comunidade negra e pobres, embora, o vírus tenha sido a priori, disseminado pelas classes mais altas.

A precarização da saúde em todos os seus níveis é um descompasso latente com a democracia do país, o que só atinge as camadas mais necessitadas da população. Sua demonização em favor da saúde privada é uma realidade persistente que nunca possibilitou um acolhimento adequado da população em defesa da saúde pública, pelo contrário, reafirmou inexoravelmente por meios diversos o qual detestável se encontra a situação do serviço público no país em favor do privado. Uma retórica incessantemente reproduzida no sentido de sucumbir toda a luta e os avanços alcançados desde a Constituição de 1988.

Na historicidade da saúde do país, conforme explanado, fica perceptível a existência de diversos interesses prontamente efetivados por seus respectivos responsáveis estadistas na dinamização dessa dimensão, porém, que se colocam (interesses) longínquas do necessário á construção de uma concepção de saúde de qualidade pra população, consolidando ao logo do tempo, projetos insuficientes às reais necessidades que se direcionem aos/as cidadãos/as. Esses obstáculos firmam-

se numa finalidade conjuntural que avança sobre a classe trabalhadora e privilegia grupos dominantes que compõem um ciclo de seguimento funcional ao aprofundamento das desigualdades e aguçamento das expressões da questão social no país.

1.2 QUESTÃO SOCIAL E A VINCULAÇÃO COM OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Para fins de entendimento da construção de uma sociedade elencada nas bases do Modo de Produção Capitalista e as configurações sociais, culturais e econômicas que se delineiam a partir dessa realidade e como pode ser refletida nas condições de saúde da classe trabalhadora, iremos então, fazer uma leitura sobre esse contexto. Discutindo sobre as intersecções que se reproduzem nas relações de classe, nas alterações societárias ocorridas ao longo da consolidação do sistema capitalista e que se sucedem até hoje para sua manutenção. Bem como essa concretude interfere diretamente na composição das contradições fundadas pelo mesmo, visto, a antagônica relação entre capital x trabalho e os vieses que se consolidam a partir dessa estrutura, sendo as expressões da questão social e suas inferências à saúde do/a trabalhador/a como nosso principal intento norteador de considerações para tal objetivo.

O trabalho, historicamente é concebido como base da sociabilidade humana desde a antiguidade. Nele, centram-se as relações sociais que se desenvolveram no sentido de sobrevivência da espécie mediante a produção social de bens. Da transformação da natureza pelas mãos do homem para obter as “coisas” necessárias, existiam influências que eram utilizadas na necessidade de justificar os mandos da classe dominante sem serem questionados. Como, as castas hereditárias ou a vontade divina, amparados por elementos que transcendiam a racionalidade do indivíduo no intuito de subjugar-lo. Povos antigos eram governados nessa lógica. Porém, no capitalismo, passou-se a existir uma transformação na relação de interesse entre os sujeitos envolvidos e o objeto desejado, dando-lhe valor comercial. Assim, as relações que outrora eram puramente sociais, foram modificadas por relações econômicas e as “coisas”, tornaram-se mercadorias.

Desse cenário, o Modo de produção Capitalista (MPC) impulsionou uma nova realidade na dinâmica social. Evidente que de uma maneira diferente, porém,

podemos observar que apesar da mudança, tal sistema de produção se concretizou na garantia das relações de poder e na perpetuação daqueles que já detinham o poder aquisitivo no período pré-capitalismo, adequando-se aos círculos produtivos que se estabeleciam e exigiam novas consolidações financeiras afim de concentrar riquezas. Por outro lado, a população pertencente a classe mais baixa, se viu expropriada das poucas terras que possuíam para o plantio, subjugando-se a única opção estabelecida nessas bases (MPC) para sua sobrevivência, a venda de sua força de trabalho.

Em sua primeira fase, Capitalismo comercial, o acúmulo do capital era garantido pela troca de mercadorias e a exploração dos continentes por meio das grandes navegações em busca de ouro, prata e novas rotas de comercialização, pautadas no interesse da nobreza e da classe burguesa que emergia naquele momento.

Na segunda fase, capitalismo industrial, com riquezas advindas da concentração do ouro, o continente europeu financiou a revolução tecnológica da era, a industrial na Europa. A produção de mercadorias em massa, garantiu o acúmulo de capital nessa fase. Surge a classe operária/proletariado, trabalhadores/as necessários/as às atividades fabris, configurando uma nova forma de divisão social do trabalho. Essa fase significou um momento de importante ascensão da burguesia (detentores dos meios de produção) e de seus interesses, consolidando o pleno crescimento urbano, tecnológico e econômico, agregando bases importantes da sociedade a seus interesses, como o redimensionamento do papel do Estado, com viés liberal e que assegurasse a livre concorrência.

Na terceira fase do capitalismo (capitalismo monopolista) ocorreu uma reestruturação do sistema para garantir as condições necessárias à sua continuidade (MPC), sendo este o período marcado pelos monopólios, oligarquias e globalização, firmando elementos funcionais a um nível de exploração mais acentuado.

Tendo por base o acúmulo de riquezas por meio da produção e realização da mais valia (o lucro extraído do salário do trabalhador sendo menor, comparada a mercadoria produzida/vendida), o capitalista, fortaleceu uma estruturação de exploração da classe trabalhadora que não tinha condições mínimas de vida, enquanto que os ganhos eram exponencialmente significativos aos burgueses. Essa concentração de lucros para poucos e miserabilidade para muitos, fez com que as condições postas a rotina do trabalhador piorassem significativamente. Pois, apenas no contrato social vigente, se firmava os limites da autonomia da classe trabalhadora.

Na contradição entre capital x trabalho, da socialização dos custos e da privatização do lucro levando ao aprofundamento acentuado das desigualdades sociais, manifestou-se assim, as problemáticas disfuncionais relacionadas aos aspectos políticos, sociais e econômicos da sociedade. Das tensões fundadas desse panorama conflituoso e seu desenvolvimento, resultou a questão social. Desse modo,

[...] o capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere a classe burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica [...] a idade do monopólio altera significativamente a dinâmica inteira da sociedade burguesa: ao mesmo tempo que potencia as contradições fundamentais do capitalismo já explicitadas no estágio concorrencial e as combina com novas contradições e antagonismo. (NETTO, 2012, p. 19/20)

Partindo do princípio da gênese do capitalismo, podemos afirmar que conforme seu fortalecimento, houve um retrocesso na garantia de direitos das camadas mais pobres. Uma vez que a classe trabalhadora vendia sua força de trabalho, mas, ficava submetido à precariedade do que lhe era ofertado, não conseguindo dar-lhe condições de uma vida melhor. Pelo contrário, o tornando dependente de uma organização que o desvalorizava à medida que o explorava, lhe infligindo o declínio de cidadania, num contexto de desgaste físico, social e mental. O fenômeno pauperismo exemplifica tal realidade, Segundo Netto, “[...] a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de reproduzir riquezas” (NETTO, 2011, p.153). Essa especificidade temporal, considera que a questão social, “não tem nada a ver com o desdobramento de problemas sociais que a ordem burguesa herdou ou com traços invariáveis da sociedade humana” (NETTO, 2011, p.158). Sendo assim, o capitalismo é o único propositor que sustenta as mazelas indissociáveis fundadas da relação entre capital x trabalho, sendo inconcebível sua superação na reprodução consolidada desse sistema.

[...] o desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a ‘questão social’ – diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da ‘questão social’, esta não é uma sequela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornando potência social dominante. A ‘questão social’ é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo. Não se suprime a primeira conservando-se o segundo. (NETTO, 1992, p. 157)

Analiticamente a questão social é uma ramificação que emerge da centralidade do capitalismo, pois, outrora não se concebia tais contundências sociais advindas de um modelo de produção. Essa sistematização que torna antagônica as relações econômicas entre capital x trabalho, coloca em confronto os interesses da classe dominante e da classe trabalhadora, sendo esta última, legitimada pela sua condição sócio histórica de exploração e desigualdades estabelecidas na funcionalidade capitalista e a consequente resistência da mesma a tal afirmação. Pois,

“A questão social não é senão, 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, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia.” (CARVALHO e IAMAMOTO, 1983, p77)

As consequências para a classe trabalhadora, que se configura nessa historicidade, se mantêm reacionárias ao sistema, pois, a mesma, está intrinsecamente condicionada ao capitalismo. Essa disfunção se concretiza na vida social da classe trabalhadora que não consegue supera-la, de modo a condicionar-se aos desdobramentos que se refletem em condições de vida precária, insuficientes para seu bem estar social. Nessa dinamização, o indivíduo se torna um ser aquém do seu protagonismo social, sendo este, influenciado por concretudes externas próprias do sistema opressor, lhe inferindo uma realidade societária que o impossibilita de dignidade em sua amplitude, sendo ela, física, mental, econômica e social.

Tendo dito, a reprodução desse panorama influi numa materialidade complexa, capaz de problematizar a dinâmica social da classe trabalhadora, significando um esgotamento de conjuntura civilizatória, imposta pelo sistema. Tal realidade se esboça em insuficientes mecanismos capazes de superar essa realidade, condicionando toda uma classe a subsistência. A violência, desemprego, miséria, abandono, tráfico de drogas, prostituição, analfabetismo, discriminação, são alguns exemplos das múltiplas expressões da questão social geradas da relação capitalismo x trabalho. Essas condições sociais aprofundam as desigualdades e a forma como o indivíduo se estabelece em sua condição socioeconômica, cultural e de ambiente na sociedade, interferindo e determinando a ambiência de moradia, de trabalho e de saúde.

A suscetibilidade da classe trabalhadora nesse processo, altera as circunstâncias de vida a sua volta, pois, impõe fatores que causam como consequências danos bio-psico-sociais ao indivíduo. Tendo em vista que os aspectos

para além dos biológicos à saúde individual e coletiva, necessitam de uma visibilidade de relevância que considere as influências associadas as expressões da questão social na sociedade e que afetam a vida da classe trabalhadora, como, fome, falta de escolaridade, falta de saneamento básico, violência, desemprego, entre outros, que interferem na dimensão saúde, a tornando incompleta.

Segundo a Lei 8080/90 parágrafo 3º, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o trabalho, a renda, a alimentação, o meio ambiente, moradia, saneamento básico, serviços de saúde e educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, incluindo as redes sociais e comunitárias. A Organização Mundial de Saúde, define que, determinantes sociais de saúde (DSS), são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham relacionando-os com sua situação de saúde, considerando não apenas as causas biológicas das doenças, mas, também as causas sociais.

O conceito de DSS surgiu a partir de uma série de comentários publicados nos anos 1970 e no início dos anos 1980 que destacavam as limitações das intervenções sobre a saúde, quando orientadas pelo risco de doença nos indivíduos. Pois, para compreender e melhorar a saúde, é necessário focalizar as populações, com pesquisas e ações de políticas direcionadas às sociedades às quais esses indivíduos pertencem.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), foi criada no Brasil em 13 de março de 2006 por Decreto Presidencial, tendo como principais linhas de atuação;

- Produzir conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde;
- Promover e avaliar políticas, programas e intervenções governamentais e não governamentais realizadas em nível local, regional e nacional relacionadas aos DSS;
- Atuar junto a diversos setores da sociedade civil para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das iniquidades de saúde.(CNDSS)

Para a Comissão Nacional, os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Como por exemplo, o lugar em que se vive, em que trabalha, com quem se relaciona em seu

convívio social, influencia no estilo de vida do ser social, o que ocasiona em hábitos maléficos ou benéficos conforme seu meio e acesso a cidadania. Isso acarreta a tomadas de decisões que incidem sobre a saúde, como, fumar, fazer dieta, praticar exercícios, costumes que dependendo da qualidade, podem levar o indivíduo a doenças como hipertensão, diabetes, insônia, entre outros, esses aspectos são também condicionados aos determinantes sociais de saúde.

Apesar dos debates e discussões que concretizaram avanços na visibilidade da concepção de saúde de forma mais ampliada, ainda são persistentes as práticas profissionais atuais que se limitam a investigar a doença apenas do ponto de vista biológico, descartando as possibilidades sociais envolvidas. A promoção da saúde nas instituições, carecem de dialogar e instigar tal conceito, no sentido de melhorar a qualidade de vida da população. Focalizar o social do processo saúde/doença deve ser desempenhado pelas equipes multidisciplinares dos campos de trabalho, para nesse sentido, fortalecer as práticas que se configurem em rotina permanente da educação em saúde.

As ações que se nortearem nesse sentido produzirão um impacto positivo na sociedade, pois, se as condições sociais afetam potencialmente a saúde, podem ser alterados mediante condutas baseadas em informação, educação em saúde, debates sobre o tema nas redes sociais e incentivos junto as comunidades. Exige-se novas maneiras de enfrentamento aos problemas de saúde, baseada também, na erradicação das causas sociais das doenças, ou seja, a resolutividade das múltiplas expressões da questão social.

Sabendo-se do vínculo estrategicamente construído entre as USF's (Unidades de Saúde da Família) e a população, é nesses espaços que se configura uma aproximação ao cotidiano dos indivíduos diariamente, possibilitando uma apreensão da realidade dos/as usuários/as em suas singularidades e particularidades, das quais se apresentam aquelas que se estabelecem no cerne das competências do Serviço Social. Assim,

O Conselho Federal de Serviço Social, no uso de suas atribuições legais e regimentais; Considerando que a Constituição Federal vigente estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde; Considerando que, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um novo conceito de saúde foi construído, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como

decorrência das condições de vida e de trabalho; Considerando que a 10ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Sa e Saúde, com todos os seus princípios e objetivos; Considerando que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços; Considerando que atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde; Considerando que o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País; Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnicopolítica que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais; Considerando que o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução de nº 218 de 06 de março de 1997, reafirmou o Assistente Social, entre outras categorias de nível superior, como profissional de saúde; Considerando, ainda, que a antedita Resolução, em seu item II, delega aos Conselhos de Classe a caracterização como profissional de saúde, dentre outros, do assistente social; Considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde; Considerando a aprovação da presente Resolução pelo Plenário do Conselho Federal de Serviço Social, em reunião ordinária realizada em 27 e 28 de março de 1999; Resolve: Art. 1º - Caracterizar o assistente social como profissional de saúde. (CFESS)

Tais demandas acabam por serem negligenciadas na ausência do/a profissional Assistente Social atuando juntamente aos/as demais da equipe multiprofissional das USF's. Nos inquietando a questionar o quanto danoso essa realidade possa significar no enfrentamento às expressões da questão social fundadas no sistema capitalista e refletidas na condição de vida e de trabalho dessas pessoas.

Dessa forma, entendemos ser primordial promover reflexões que possam dinamizar o debate sobre tal conjuntura, suas incidências sobre a questão social e as mediações com os determinantes sociais da saúde, ainda mais urgentes numa dinâmica de desmonte dos direitos. É na atuação junto às massas que se perfila e fundamenta-se historicamente a prática do Serviço Social, sendo assim, justificável e urgente sua efetivação no atendimento a tais demandas no intento de trazer à luz da

observância ao conjunto das necessidades que permeiam tais problemáticas, afim de proporcionar respostas adequadas no enfrentamento aos condicionantes perpetuados no modo de produção capitalista e suas contradições e que reverberam no âmbito da saúde.

1.3 TERRITÓRIO COMO LUGAR DA SAÚDE: as estratégias de territorialização e as atuais USF's

Nossa proposta segue no sentido de intermediar a discussão sobre as contradições oriundas do grande capital que permeiam e refletem diretamente na subsistência da classe trabalhadora, sendo assim, é fatídico que explicitemos nesse sentido, o chão em que se sucedem, a concretização desse processo e ao qual influencia a vida social como um todo. Pois,

[...] A centralidade do trabalho na sociedade hodierna, marcada pelo capitalismo na sua fase madura, caracterizada pela primazia da financeirização, e conseqüentemente, do avassalador processo de mudanças no mundo do trabalho, traz impactos diretos à manutenção das condições de sobrevivência, principalmente das classes trabalhadoras, com agravamento da questão social, de modo particular nos espaços urbanos.(ABREU,2016, p.44)

O modo como a vida se reproduz em seu cotidiano é determinado por um tempo espaço de suas atividades societárias. Dito isto, a produção e reprodução das relações sociais de um sistema de produção, determina o movimento da realidade de seus indivíduos. No capitalismo, essa concretude se dinamiza de acordo com suas bases excludentes e classistas. Intrínseco a esse processo, para além de suas subjetividades, se estabelece o meio social, cuja atividade está condicionada a materialização das múltiplas determinações sociais. Citamos aqui o território, como importante componente que compreende a dimensão espacial da realidade como mediação constitutiva das relações sociais;

[...] território é uma importante categoria de análise e apreensão da realidade, considerando a produção do espaço como eixo central de compreensão da dimensão geográfica na organização do capitalismo. [...] Ele é clivado por mediações sociais, econômicas e políticas movimentadas no fluxo da história. [...] A questão do território é atravessada pela dinâmica do modo de produção capitalista, devendo ser tratada considerando as multideterminações e as contradições do real. (ABREU, 2016, p.36/p.57)

A Lei do desenvolvimento Desigual e Combinado¹, nos traz a luz de reflexão a consequente expropriação e superexploração sustentados pelo modelo imperialista, que dita através de suas bases envolvendo ao longo da história, a ampliação de mercados, o processo acumulativo de força de trabalho, os meios de produção e a potencialização de consumos com consequente aumento de lucros, privilegia determinados lugares e desmantela outros. E é nesse sentido que o capital define seus investimentos, expressando assim, a dimensão geográfica do capitalismo que se manifesta por meio do lugar.

Sendo assim, a forma como esse desenvolvimento societário se dá no cotidiano, requer uma análise sistemática sobre os indivíduos e suas necessidades específicas, tendo em vista que a desigualdade social é um determinante que se expressa também através do meio e ambiente em que as pessoas vivem para além do espaço do trabalho e de suas subjetividades. Dado essa materialidade no capitalismo, do ponto de vista organizacional dos elementos importantes a serem tratados no modelo de sistema de saúde brasileiro, o território, lugar, como unidade espacial, se apresenta de suma relevância nas elaborações, concretizações e desenvolvimento das políticas sociais.

Podemos inclusive exemplificar como comunidades territoriais mais empobrecidas são comumente afetadas por fatores externos possibilitados pelo sistema e que afetam diretamente na saúde populacional. Como, áreas desprezadas pela especulação imobiliária, que tem suas construções precárias, degradando áreas ambientais e de recursos naturais, desenvolvendo acúmulos de risco que levam a disseminação de doenças infecciosas. Expondo assim, os indivíduos, grupos sociais e sociedade a doenças provocadas por modificações determinadas pelas necessidades especulativas próprias do capitalismo.

¹ Elaborado por Trotsky o conhecido conceito de desenvolvimento desigual e combinado, tem como principal lastro histórico o processo revolucionário russo. Mais precisamente, as chamadas “três revoluções russas” (1905; Fevereiro de 1917 e Outubro de 1917), assim como os debates referentes a elas no interior do movimento operário de cariz marxista, se constituíram no principal terreno concreto a partir do qual Trotsky construiu uma arguta perspectiva de interpretação histórica, cujo maior mérito teórico talvez seja o de afirmar a existência de um caráter particular às formações sociais capitalistas de natureza periférica e atrasada. A defesa do revolucionário russo da tese de que os países “coloniais” e “semicoloniais” não poderiam (e nem mesmo necessitavam) conhecer uma etapa “democrático-burguesa” em sua história tinha como pressuposto teórico a ideia de que, por estarem integrados numa totalidade – o sistema capitalista internacional –, esses países de desenvolvimento capitalista ultra-retardatário não poderiam repetir o curso histórico vivido pelas nações pioneiras do capitalismo, onde a revolução burguesa assumiu contornos que ficariam conhecidos como “clássicos”.

O desenvolvimento dos aspectos relacionados a saúde nesse contexto territorial, vem sendo explorado principalmente desde a década de 1980. Estudos da geografia voltados para a medicina social, epidemiologia ou psicologia social, todos influenciados pelo teórico Milton Santos, haja vista as discussões à época permeadas pela necessidade de problematizar o contexto geográfico dos problemas da saúde. O Sistema Local de Saúde (SILOS) foi uma proposta de implementação nessa vertente, quando foram concretizados os primeiros Distritos Sanitários com as propostas de territorialização da saúde no Brasil.

Com a implementação do SUS na década de 1990, fez-se necessário outros questionamentos e estudos que contemplassem a nova realidade que se estabelecia; a complexidade dos problemas de saúde num país extremamente desigual com o aumento progressivo de doenças crônico-degenerativas, oriundas de um histórico desastroso das políticas públicas de saúde no Brasil, somado a um contexto de saúde totalmente inovador, com ênfase na universalização e descentralização dos serviços, sob a égide da municipalização da atenção básica.

Nessa direção, de acordo com Santos,

[...] “o território usado constitui-se como um todo complexo onde se tece uma trama de relações complementares e conflitantes. Daí o vigor do conceito, convidando a pensar processualmente as relações estabelecidas entre o lugar, a formação socioespacial e o mundo. O território usado é então entendido como ‘o espaço de todas as dimensões do acontecer, de todas as determinações da totalidade social’ (SANTOS, 2000, p.104). Visto dessa forma, ou seja, como totalidade, o território usado torna-se “[...] um campo privilegiado para análise, na medida em que, de um lado, nos revela a estrutura global da sociedade e, de outro, a própria complexidade do seu uso” (SANTOS, 2000, p.108)

Assim, para o autor o território não é resultado da totalidade, mas, a totalidade em movimento. O que o torna objeto de análise social é sua capacidade somatória das ações e formas no espaço-tempo constante. Nesse sentido, a perspectiva peculiar à saúde atende tais perspectivas, pois, seu intento essencial (universalidade, integralidade e equidade) depende fundamentalmente de uma organização territorial do sistema, efetivando o acesso aos serviços de forma justa, bases preconizadas pela Constituição 1988.

Desde a implementação da atenção básica no modelo Estratégia de Saúde da Família e a municipalização do sistema, utilizou-se em sua organização dos serviços a territorialização da saúde, devido ao seu alcance de atuação nas comunidades e

por também ser definida como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Um “gargalo” que possibilita a assistência em saúde de forma prática social, tendo em vista sua composição objetiva e histórica, material, simbólica e empírica expressa no contexto de território para além de suas geometrias, em permanente processo social de construção e transformação, ´para assim, compreendê-lo e dessa forma, planejá-lo.

Com base nas diretrizes orientadas pela descentralização, os serviços de saúde, por meio do SUS, passaram a ser ofertados de forma hierarquizada, mas, homogeneamente, diferenciando-se apenas pelas complexidades a serem avaliadas conforme o grau necessidade. Sendo elas, de baixa, média e alta complexidade, ou, atenção primária, secundária e terciária consecutivamente. Para tanto os atores envolvidos na efetivação desse processo, subdividiram-se na responsabilidade da gestão dos serviços prestados, com a ênfase disposta também sobre a delimitação dos territórios, na perspectiva da competência de cada ente federativo (Federal, Estadual e Municipal)

No âmbito da municipalização das ações em saúde, os aspectos organizativos na execução dos serviços sucederam-se pelos Programas de Saúde da Família (PSF) em 1994. Um modelo de saúde assistencial, que objetivava o cuidado em saúde individual e coletivo, desenvolvido nos territórios e desempenhados por uma equipe mínima multiprofissional, composta por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). (BRASIL, 2017). A princípio, a idealização seria uma cobertura prioritariamente ofertada as camadas populacionais mais vulneráveis. Em 1996, com o avanço considerável nas melhorias de acompanhamento das demandas já assistidas, posteriormente, essa concepção foi aprimorada para ampliar-se à população em geral. Surgiu assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), subsequentemente substituída sua nomenclatura, mas, com mesma disposição, para Unidade de Saúde da Família (USF), utilizando-se também do termo Equipe de Saúde da Família (ESF), referência ao quadro multiprofissional que compõe esses espaços.

No decorrer de sua implementação e observação junto a população, a ideia de promoção da saúde nesses espaços no interior dos territórios, reforçaram a necessidade de novas ações à medida que se dinamizavam os elementos subjetivos/objetivos dispostos na relação usuário/a e equipe de saúde. Pensar/agir

coletivamente sem dissociar-se do individual. Premissas sustentáveis na apreciação da totalidade, condensadas numa perspectiva para além da saúde num contexto exclusivamente físico/orgânico. No caderno de atenção básica, do Ministério da Saúde, destaca -se de forma crítica, sobre a generalidade nessa dinâmica e a necessidade de superação ao tradicionalismo na saúde,

A atuação tradicional do setor saúde sempre conduziu à compreensão do indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e dos valores sócio culturais, com tendência generalizante, fragmentando-o e compartimentando-o, descontextualizando-o de suas realidades familiar e comunitária. Seu enfoque assistencialista e desarticulador vem gerando dependentes sociais, tratando os indivíduos como permanentes receptores de benefícios externos e não como cidadãos com direitos resguardados constitucionalmente ... O indivíduo, visto de forma fragmentada, cuja manifestação da doença ocorre em partes de seu corpo, sem que sejam observadas suas diferentes dimensões, perde sua integralidade [...] Seus anseios, seus desejos, seus sonhos, suas crenças, seus valores, suas relações com os demais membros de sua família e com o seu meio social são aspectos quase que completamente esquecidos, ao ser abordado por um profissional de saúde tradicional. Já a família, tradicionalmente vista também de forma fragmentada, quer seja no espaço físico em que está fixada, na sua composição nuclear, ou na relação com os demais subsistemas sociais, precisa ser abordada de forma integral e articulada, sem que se perca de vista, no entanto, o estado de equilíbrio individual (saúde) de seus membros. (BRASIL, 2000, p.9)

Com o propósito de concretizar tais entendimentos no âmbito da atenção básica, se coloca como necessárias a constante revisão dos processos nos trabalhos desenvolvidos. Existe, diante disto, obstáculos a serem refletidos para consequentemente serem superados, considerando os determinantes endógenos e exógenos que permeiam esse cenário. Tendo em vista, que a composição das equipes nas USF's é de profissionais que individualmente desempenham suas atividades em conformidade com suas formações, ainda que instigadas à perspectiva de totalidade para a tomada de suas decisões, apenas a corroboração desse intuito, não é suficiente para efetivar essa imprescindível concepção.

Apreender a totalidade em sua complexidade, atentando sobre o processo sociocultural e econômico que incidem sobre o aspecto saúde/doença, intencionando a superação das problemáticas fomentadas na realidade da população, visando seu bem-estar, relacionando a isso, o universo conector as atividades internas de uma Unidade de Saúde e sua adequada atuação nesse processo contínuo, é uma

competência substancialmente atribuída e desempenhada pelo Serviço Social. Assim, para a tangibilidade desse contexto,

Cabe, então, o exercício de uma nova prática, com base em outra racionalidade, partindo de uma premissa solidária e construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento. (BRASIL, p.10, 2000).

Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imprescindíveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social. (CFESS, 2010, p.30)

Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, devido à grande expansão do número de USF's em todo Brasil, e algumas delas sendo compostas por mais de uma equipe de saúde, as chamadas integradas, a população hoje, conta com 43.458 equipes de saúde da família, número expressos até dezembro de 2019, em todo território nacional. Em João Pessoa mais especificamente, contamos com 203 equipes de saúde, dispostas em 97 Unidades de Saúde da Família, os dados são do site Paraíba Online, de 29/03 de 2020. Cada equipe de saúde é responsável pelo acompanhamento de no mínimo um total de 3.000 pessoas, conforme preconiza o modelo de atenção primária em saúde no Brasil. Atentamos para esse quantitativo, no sentido de exemplificar minimamente o expressivo alcance populacional que esses espaços possuem juntamente com seus profissionais nos territórios brasileiros.

Ainda que possamos dimensionar o qual significativo são esses números, não podemos desconsiderar que eles representam na realidade, pouco mais de 50% da cobertura nacional. Considerando que falamos de um país continental que possui especificidades regionais bastante complexas e que dispõem em sua rotina as práticas de acordo com as problemáticas mais evidentes a serem ponderadas. Ainda assim, são milhões de pessoas assistidas, atendidas e acompanhadas nas USF's em todo o Brasil. Uma classe trabalhadora que recorre aos atendimentos do SUS evidenciando em seus históricos situacionais uma não delimitação a doença dos aspectos físico/orgânico como único elemento ocasionador de suas angústias, mas, que são excedidos de um conjunto de situações promovidas pelo capitalismo político-conjuntural e o consequente aguçamento das desigualdades sociais os colocando em sobrecargas emocionais/físicas que recaem sobre sua condição de bem estar.

Especificamente na cidade de João Pessoa, que detém uma população de cerca de 723.515 pessoas, possui 203 equipes de saúde, distribuídas em 97 Unidades de Saúde da Família, segundo a prefeitura da cidade. O perfil populacional dos bairros do município é diferenciado entre mais carentes, médios e nobres. Isso significa que nem todas as áreas da cidade são acompanhadas pelas USF's, sendo os bairros mais ricos, que menos tem acesso a esse serviço público. Enquanto que os bairros mais pobres possuem o maior quantitativo de USF's em acompanhamento à população.

1.4 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: marcos históricos e atualidade

Dialogar sobre as expressões da questão social, saúde, população e seu território, nos intima a questionar o modo como vivemos numa sociedade tão desigual e quais mecanismos a serem contemplados para direcionar maior atenção às dinâmicas que possibilitam tal abismo social e conceber estratégias para o seu devido enfrentamento. Pois, se o sistema capitalista dispõe sobre a vida das pessoas, de modo a influencia-las em seu âmago, cerceando-as de seus direitos e contribuindo para uma existência diminuta, há de se manter a lógica do enfrentamento às expressões da questão social como uma busca permanente. À luz da observância às suas bases conjunturais e políticas, tais competências incluem o/a profissional assistente social. Nesse propósito, iremos discorrer sobre o Serviço Social e a Saúde no Brasil, para analisarmos as complexidades intrínsecas a essas duas importantes dimensões e suas relações conectas ao termo saúde de forma ampliada.

Num cenário de ascensão da burguesia e de controle social sobre os/as trabalhadores/as, com um nível exacerbado de exploração, peculiar ao amadurecimento capitalista, intensificando o agravamento nas condições de trabalho e de vida da população mais pobre, aprofundando as desigualdades sociais de modo geral e acentuando as expressões da questão social, emerge em 1930 o Serviço Social no Brasil. Esse panorama adensou os conflitos de classe e por conseguinte a organização política dos/as trabalhadores/as contra a exploração do trabalho e pela defesa dos direitos.

Primeiramente, vinculado às ações sociais da igreja, de caridade e benevolência aos mais pobres e necessitados o Serviço Social no país foi gradativamente desenvolvendo-se mediante a implantação de cursos

profissionalizantes e a primeira escola católica de Serviço Social do Brasil em 1936, a Escola de Serviço Social de São Paulo. Diante da necessidade de controle social, devido ao agravamento das desigualdades sociais constitutivas do modelo econômico capitalista, que fomenta a eclosão da questão social.

Dessa maneira, o Estado intervencionista, funcional à classe dominante, recorre a esses agentes como executores das políticas sociais para viabilização de seus interesses junto ao proletariado insatisfeito. Assim, o assistencialismo, por meio das políticas sociais, é concebido como forma de enfrentamento às múltiplas expressões da questão social ao mesmo tempo que favorece a manutenção do capitalismo. O perfil desses agentes, com sua gênese na doutrina católica se coloca à disposição do Estado como moralizador, conservador, tecnicista, centralizado na culpabilização do indivíduo frente a sua realidade e na compreensão de ajustamento social desses à ordem social.

Direção sócio política restrita que não se coaduna com a apreensão crítica da realidade social na sua complexidade, visto a eclosão da questão social, suas consequências societárias e requisições históricas nessa contextualidade – o que apenas ocorrerá com a renovação da profissão e à luz da teoria social crítica.

[...] a gênese do Serviço Social no Brasil, enquanto profissão inscrita na divisão social do trabalho está relacionada ao contexto das grandes mobilizações da classe operária nas duas primeiras décadas do século XX, pois o debate acerca da “questão social”, que atravessa a sociedade nesse período, exige um posicionamento do Estado, das frações dominantes e da Igreja. (IAMAMOTO, 2011, p.16)

Portanto, o Serviço Social em sua “fase inicial”, é pautado num posicionamento moralizador em face das expressões da “questão social”, “captando o homem de maneira abstrata e genérica, configurou-se como uma das estratégias concretas de disciplinamento e controle da força de trabalho, no processo de expansão do capitalismo monopolista [...] Essa concepção conservadora ignora a estrutura societária, contribuindo para obscurecer para os Assistentes Sociais – durante um amplo lapso de tempo – os determinantes da “questão social” o que caracterizou uma cultura profissional acrítica, sem um horizonte utópico que os impulsionasse para o questionamento e às ações consequentes em prol da construção de novos e diferentes rumos em face das diretrizes sociais postas e assumidas pela profissão (FORTI, 2013, p. 99).

As políticas sociais e sua implementação na sociedade brasileira, que atendendo a pressão dos movimentos de luta da classe trabalhadora, se constituíram como importante avanço do ponto de vista das melhorias na condição de vida do

proletariado à época. Porém, efetivaram-se como incapazes de superar o aprofundamento das desigualdades sociais, evidenciado principalmente, na realidade das camadas mais empobrecidas da população.

Em 1964 a instauração do regime militar e a consequente derrocada da democracia em um curso de interesse do capitalismo burguês, promoveu novos delineamentos no escopo das políticas sociais. Houve a necessidade significativa por parte do Estado, de ampliar a abertura na requisição dos/as assistentes sociais. Acrescendo de forma significativa a presença desses profissionais nas instituições estatais. Na área da saúde, o que se colocou como um marco do aumento significativo na inserção do Serviço Social, foi a implementação de novas concepções de atendimento no âmbito internacional, enfocando os aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença. A Organização Mundial da Saúde - OMS passou a considerar outros determinantes, para além das orgânicas às causas de adoecimento da população. Considerando a possibilidade na elaboração de atenção multidisciplinar na rotina de atendimento.

[...] o “novo” conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde, (OMS), enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor entre eles, o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos e teve diversos desdobramentos. Um deles foi no trabalho em equipe multidisciplinar [...] e criar programas com seguimentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médico social. (BRAVO, 2012, p.29)

Nesse aspecto, no que se refere ao Serviço Social, podemos afirmar que o seu desenvolvimento desde sua concepção, ocorreu numa direção pouco progressista, mas prevista, considerando a amplitude macroeconômica do contexto político e as influências conservadoras da profissão. Desse modo, sua inserção na Saúde - faz-se destacar - foi moldada numa perspectiva conservadora voltada apenas a atividades de intervenção moralista, à burocratização e à psicologinização das relações sociais sob uma vertente ainda modernizadora. Isto é, as políticas sociais de significativo impacto na sociedade, eram principalmente efetivadas nos espaços públicos, num momento em que o Serviço Social não dispunha de arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo capaz de conduzir a uma superação das

intransigências do sistema capitalista. Delimitando-se a práticas funcionais ao desenvolvimento capitalista e a manutenção da ordem social.

Todavia, os anos do pós-64 até meados dos anos 1980, se colocaram como essenciais no panorama do desenvolvimento da profissão em todos os níveis, os Movimentos: de Reconceituação Latino-americana do Serviço Social e o de Renovação do Serviço Social Brasileiro. Em destaque a este último ressaltamos a perspectiva de Intenção de Ruptura com o conservadorismo, que emerge como uma direção social e estratégica para a prática da profissão, que visava romper com o Serviço Social Tradicional. Nesse período amplos debates foram travados no âmbito da profissão, impulsionados pelo seu amadurecimento teórico-político e pela efervescência das lutas sociais.

Nessa direção a profissão passa a apreender a questão social como sua matéria central e apontar à necessidade de uma atuação profissional que propusesse intervenções com vistas à liberdade como valor ético central, a radicalidade democrática, a defesa intransigente do Direitos Humanos, políticas sociais amplas e com qualidade, dentre outros princípios ético-políticos, que deslocaram a culpabilização do indivíduo de sua situação de pobreza para a identificação das expressões da questão social como resultantes das contradições da ordem social capitalista.

A amplitude da luta crescente dos movimentos sociais, dos setores progressistas da sociedade e a insatisfação da população contra o regime militar, colocou em discussão a urgência nas resoluções do Estado sobre a superação dos aspectos de uma economia fragilizada que agravava a situação social do país. E que apontavam para necessidade de uma sociedade participativa, sucedendo assim, o declínio do regime militar de forma gradual e restrita, e por conseguinte o processo de redemocratização, que teve em sua configuração, contraditoriamente, a ascensão ao poder de partidos antes apoiadores da ditadura – o que firma a tese de reabertura política negociada.

Nesse contexto se insere o movimento de Reforma Sanitária, que representou o anseio às mudanças no âmbito da saúde, visando um sistema público capaz de assegurar equidade na garantia de direitos e acesso aos bens e serviços de saúde à população de forma gratuita e universalizada, consagrando-se em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tido como um momento crucial na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme as diretrizes da Reforma Sanitária. Uma

concepção validada por uma concepção menos imediatista dos danos à saúde e mais ampla em relação a suas causas, para assim, desenvolver novas ações resolutivas.

“Este movimento teve como princípio uma crítica a concepção de saúde restrita a dimensão biológica e individual, bem como a afirmação a relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática média, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde”. (VASCONCELOS, 2012, p. 76)

O panorama de contradições na efetivação das mudanças necessárias às políticas públicas devido a agenda neoliberal, de fato, impediu que tais, se desenvolvessem na plenitude de sua concepção. Mas, os ganhos parcialmente concretizados a partir de sua elaboração e garantida pela Constituição de 1988, conduziram-se como fundamentais no processo substancial a garantia de direitos dos/as cidadãos/as. A política de Assistência Social e a Política de Saúde, relacionadas ao já citado, são concebidas como essenciais no desenvolvimento das bases constitucionais, pois, na estruturação de seus conceitos a serem evoluídos na direção da construção de uma sociedade mais justa, nelas, estão contidas a importância das múltiplas subjetividades a serem consideradas no plano de proteção social.

Atentamos para o marco da Seguridade Social brasileira no seu compromisso estrutural em defesa dos direitos, em particular a política de Saúde e a política da Assistência Social, bem como o Serviço Social enquanto profissão em consonância com a concepção de Seguridade, visando sua implementação na materialidade das políticas sociais, para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, comprometimento este, firmado e enaltecido na Carta de Maceió ²no ano de 2000.

O Sistema Único de Saúde (SUS), incorporou grande parte do que propunha o movimento de Reforma Sanitária. Significando um grande avanço na concepção de melhorias na atenção à saúde da população. Porém, para concretizar os ganhos incorporados na Constituição de 1988, exigiu-se desde então, a constante

² Os delegados reunidos no XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS, na cidade de Maceió (AL), entre os dias 3 e 6 de setembro de 2000, representando o conjunto dos assistentes sociais brasileiros, afixam publicamente a importância da luta em defesa da Seguridade Social pública no país. Reafirmam, ainda, sua concepção de seguridade, entendida como um padrão de proteção social de qualidade, com cobertura universal para as situações de risco, vulnerabilidade ou danos dos cidadãos brasileiros. A Seguridade Social, assegurada num plano legal, tem sido atropelada pelas reformas neoliberais que atentam contra o aprofundamento da democracia e da cidadania na sociedade brasileira.

necessidade de revisão na manutenção de seus preceitos na rotina dos serviços prestados, considerando que a linha ascendente dos propósitos recrudescentes do capitalismo se perfila a um projeto conservador em saúde privatista. Como já comentado, faz-se necessário o deslocamento do pensamento isolado sobre as condições sócio-político econômicos nas relações sociais e sua conexão na qualidade de vida dos indivíduos, afim de evidenciar as ressalvas conjunturais a serem consideradas no intuito de compreensão totalitária desse processo, que, não obstante, se concretizam nas múltiplas expressões da questão social.

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CFESS, 2010)

Ressaltando historicamente, o papel do Estado na sociedade moderna e sua subordinação à manutenção dos mecanismos utilizados em favor dos interesses macroeconômicos, evidencia-se na conjunção dessas particularidades dimensionais, a predominância de um contexto maior que incidem sobre a qualidade de vida da população brasileira, na sua produção e reprodução social.

Um processo no qual a inserção do Serviço Social nesse cenário conflituoso de enfrentamento às imbricações neoliberais, desempenha um papel de crucial importância, direcionada a um projeto de sociedade com vistas a superação das mazelas intrínsecas ao sistema capitalista, articulado às necessidades e interesses históricos da classe trabalhadora. Mas, os inegáveis avanços extensivos as conquistas do Serviço Social desde sua gênese, (inclusive destacando aqui, a resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e a resolução nº 218/97 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que caracteriza o assistente social como profissional de saúde), a que se consagram nos dias atuais no desempenho da profissão, se deram historicamente de forma particularizada. Enquanto outras vertentes também se destacavam na luta contra as dimensões capitalistas e seus reflexos, estas, de seguimentos estruturais da sociedade, também importantes, como por exemplo: o Movimento da Reforma Sanitária.

Esse aspecto separatista das causas à época, acabou por recrudescer a abrangência teórica e prática necessária a atuação da profissão articulada e

capacitada nas políticas sociais. Elementos que reverberam, entre outros, em processos imbricados muitas vezes na resistência institucional na essencial efetivação da presença desses profissionais nos espaços públicos, em particular, na Saúde. Como também, na deturpação das competências e atribuições no desempenho da profissão no cotidiano desses mesmos espaços.

Sem dúvida, o Serviço Social [...] está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional (anterior a 1980), havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão. O processo de renovação do Serviço Social no Brasil está articulado às questões colocadas pela realidade da época, mas, por ter sido um movimento de revisão interna, não foi realizado num nexo direto com outros debates, também relevantes, que buscavam a construção de práticas democráticas, como movimento pela Reforma Sanitária. Na nossa análise esses são os sinalizadores para o descompasso da profissão com a luta pela assistência pública na saúde [...] o serviço Social na área da saúde, chega a década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua, como categoria desarticulado do Movimento de Reforma Sanitária, e com isso sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre “as demandas postas às práticas de saúde” (BRAVO, MATOS, 2012, p.34/35/36)

Com vistas as bases constitucionais, os sistemas organizativo/operativo nas áreas de assistência e saúde, objetivaram em suas apreciações um conjunto de dispositivos a serem desenvolvidos por meio de ações, projetos, serviços, benefícios e programas com fundamentação descentralizadoras, visando sua promoção igualitária. As regulamentações desses sistemas foram consolidadas pelas seguintes leis; Lei orgânica de Assistência Social (LOAS) e a Lei Orgânica da Saúde (LOS). O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), possuem hoje, dispositivos complexos que são disponibilizados e efetivados diariamente, mediante a necessidade cotidiana dos usuários nos municípios.

Destacamos que embora imprescindíveis na construção de uma sociedade mais justa e considerando suas restrições, observa-se que apenas na saúde houve mudanças constitucionais mais densamente significativas, principalmente no que se concerne a universalização. Enquanto que a assistência se solidificou de forma limitada e seletiva, enfraquecida frente aos interesses hegemônicos do grande capital. Podemos afirmar que os determinantes que convergem no engendramento dessas políticas, constituem-se na perspectiva do fortalecimento dos vínculos entre

população e direitos sociais, sendo indispensável o incremento das lutas coletivas para tal propósito.

Com a perspectiva das ações no âmbito social, limitado à lógica do sistema capitalista, as políticas sociais sofreram inflexões mediadas pelo imediatismo, fragmentação e precarização. Embasado num contexto que não atende as reais necessidades da classe trabalhadora, principal usuária dos serviços sociais. Essa realidade impossibilitou a potencialização plena da Seguridade Social como havia sido proposta inicialmente. Trazendo sérias consequências até os dias de hoje.

Não obstante a essa realidade, se põe como desafio alinhar o trabalho profissional dos/as assistentes sociais à direção social estratégica inscrita no projeto ético-político profissional. No que se refere, a política social da saúde:

[...] cabe aos assistentes sociais formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social a saúde [...] o trabalho do assistente social que queira ter como norte o Projeto Ético-Político, deve, necessariamente, estar articulado ao Projeto da Reforma Sanitária. (BRAVO, VASCONCELOS, GAMA, MONNERAT, 2012, p.17).

[...] há uma diferença muito grande entre a intenção e o discurso dos Assistentes Sociais e o trabalho desenvolvido. Pois, os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas, não conseguem transformá-lo em prática concreta. Assim, esses profissionais ainda reforçam os objetivos da Instituição e não os do projeto ético-político da profissão. (BRAVO, VASCONCELOS, GAMA, MONNERAT, 2012, p.40).

Dessa maneira, ainda considerando o princípio do nosso Código de Ética dos/as Assistentes Sociais que sinaliza,

Art. 5º São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as: a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código; c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as; (CFESS, 2012)

Entendendo a extrema importância da práxis para a transformação material da realidade em enfrentamento aos obstáculos e desmontes constantes e históricos, impostos pelo sistema capitalista em que estamos inseridos, avaliamos como

oportunas ações que possibilitem uma reflexão crítica junto a esses sujeitos e que visem a sua autonomia e emancipação política. Alinhado ao projeto ético-político e reforma sanitária, visando o desenvolvimento pleno das concepções do trabalho profissional e a instrumentalidade da profissão, como vieses articuladores e facilitadores permanentes das transformações das estruturas sociais na contemporaneidade. De acordo com a regulamentação da profissão, Lei nº 8.662/1993, que trata dentre outros, das competências do Assistente Social:

[...] III –encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; [...] V – orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; [...] VII –planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais. (CFESS, 2012)

Os fundamentos teóricos-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos do Serviço Social, reforçam em sua base seu compromisso em defesa das minorias, considerando os sujeitos em suas particularidades e subjetividades, dadas as coisificações da estrutura do modo de produção capitalista e sua incidência nas relações sociais, compreendendo os aspectos, sociais econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença, bem como, na elaboração de estratégias para o enfrentamento dos mesmos.

O movimento de Reforma Sanitária ao conceber a saúde como um processo imbricado, permeado de variantes tangentes a determinação social e reprodução social da vida, coloca como substancialmente importantes considerar as condições sociais que impactam no processo saúde-doença. Essas expressões da questão social devem ser compreendidas, segundo Iamamoto (1982), como o conjunto das desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

O entendimento da totalidade social e da questão social como fundamentação básica, são concebidos no projeto ético político da profissão, o que confere aos/as assistentes sociais as competências necessárias e pontuais a compreensão das dimensões sociais nos territórios e nos espaços sócio ocupacionais, situando suas intervenções em conformidade com a realidade a ser disposta. Para tanto, dispomos das competências gerais da profissão;

[...] apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; • análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; • compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; • identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (CFESS, 2012)

Nessa mesma direção destacamos as competências do/a Assistente Social conforme Lei de Regulamentação da Profissão, Art. 4º.

- elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; • elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; • encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; • orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; • planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; • planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; • prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades; • prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; • planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social; • realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto aos órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.(CFESS, 2012)

Para tanto, exige-se dos meios de transformações eficazes em enfrentamento às problemáticas oriundas do sistema, consolidações esboçadas mediante sustentações teórico-metodológico e ético-político capazes de promover esse objetivo. Arcabouço este, construído pela historicidade do Serviço Social e só a ele incumbido, permitindo-lhe exclusiva autonomia técnico-operativo para tal. Por tanto, um projeto ético-político da profissão, pautado na perspectiva da totalidade social, permitindo a ação dos/as assistentes sociais na concepção de saúde, como; a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade. Assim,

[...] a saúde do trabalhador vem se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas últimas décadas. A dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição de direitos. A saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas àqueles que têm o adoecimento neste processo. Exige o desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde, de fiscalização do ambiente e condições de trabalho, defesa das condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas envolvendo diferentes atores (CFESS, 2010)

Os moldes que alicerçam o modo de produção atual configuram dimensões que restringe direitos e problematiza acessos, de modo que as necessidades são constantes e imediatas. O Serviço Social, trilha por conjunturas situacionais que se modificam constantemente em função do desenvolvimento sócio histórico. As crises que levam as recessões são os principais componentes que ditam as mudanças mais pontuais que atingem a classe trabalhadora, significando as transformações no mundo do trabalho que declinam as condições de vida de trabalhadores e trabalhadoras. O enxugamento de investimentos nas políticas sociais, na saúde, na educação são as primeiras a serem efetivadas mediante a superação da crise. Para Netto, (1996, p.118) um evidente “Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital”.

Os obstáculos cada vez mais dificultosos a serem superados nesse contexto, são mutáveis conforme seu fortalecimento perante a aproximação da conjuntura política de concentração/centralização da riqueza, com esses aspectos favoráveis à macroeconomia. É exatamente o que se expressa no momento atual. Um esforço evidente na derrocada de todos os direitos sociais coordenados por uma ultradireita que opera na reflexão de suas ideologias em todos os aspectos da sociedade. A Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), criada em 2009, é formada por diversos fóruns estaduais em torno da luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade. Traz em seu material documental, vastos temas que discorrem sobre as investidas do grande capital sobre a política de saúde e sua consequente precarização, para intencionar a reflexão desse contexto e incessantemente aguçar os debates que se estabeleçam em defesa da saúde pública.

As lutas coletivas tanto dos contextos sociais e de saúde foram sendo substituídas ao longo dos anos por lutas corporativas, agravadas pela mercantilização

das duas dimensões, o que também se colocou como outro determinante para o favorecimento do enfraquecimento dessas duas frentes tão importantes para nossa sociedade, se revertendo em obstáculos cada vez mais suntuosos do ponto de vista da melhoria da qualidade de vida da classe trabalhadora, ameaçando a soberania popular.

A privatização das instituições públicas é um almejo do ultraliberalismo atual, que através de ajustes e acordos com setores próprios e também com a funcionalidade estatal, se concebe como um risco constante principalmente ao SUS e a forma como hoje o conhecemos. Hoje, evidencia-se um conjunto de articulações pontuais que fragilizam os aspectos norteadores constitucionais no que tange a saúde pública e de qualidade como dever do Estado.

As Organizações Sociais ³(OS), são um exemplo cada vez mais presentes nas instituições de saúde, nelas, observa-se uma logística mais eficaz em atendimento aos usuários, comparando-se aquelas que são exclusivamente geridas pelo estado. Nitidamente, influenciando a opinião popular sobre a eficiência de um possível modelo privatista de saúde, se estabelecendo dessa forma, como um sistema transitório para tal objetivo. Mas, que por outro lado, menos explícito, pois, tais organizações possuem regimentos próprios de facilitação na liberação de licitações pelo Estado, que podem favorecer às intenções de fraude e superfaturamento dadas a operacionalidade, nesse contexto, pouco fiscalizada. Esta é apenas uma situação exemplificada dentre tantas outras que convergem nesse sentido operacional na dinâmica dos interesses do grande capital e desvio do dinheiro público.

Embora os entraves decorrentes de um sistema injusto fragilizem as tentativas societárias de superação dessa lógica, é crucial que categoricamente enquanto cidadãos de direitos, unamo-nos na contramão desse recrudescimento. É, paulatinamente e constantemente que devemos, mediante ações próximas aos mais carentes, instigar uma visão de triunfo sobre as adversidades que compõem o engendramento em suas diversas manifestações do capitalismo. Os exemplos que vislumbramos, são importantes no sentido de nos atentar às possibilidades, e mais ainda, do qual adequado se inscreve efetiva-la, na convergência dos princípios de uma categoria que se aglutina a um projeto de sociedade mais justa socialmente.

³ Organizações Sociais são empresas de direito privado que assumiram a administração de unidades de saúde, destacando-se as unidades envolvidas na atenção básica, FNCPS, 2012.

Concluimos que, há inegavelmente uma composição histórica por parte dos grandes grupos hegemônicos da burguesia em declinar todas as investidas no que se concerne as condições de melhorias de vida da classe trabalhadora. Esse posicionamento se materializa nos insuficientes investimentos nas políticas sociais, obviamente, existentes e destinadas a amenizar o abismo social decorrente das contradições do movimento de produção capitalista. A política pública de saúde, vem sofrendo desgastes na má gestão de seus investimentos, nas condições de trabalho de seus profissionais, na falta de manutenção dos equipamentos e até mesmo a não utilização de seus insumos dentro do prazo de validade, evidenciando um total descaso de seus gestores levando ao cenário de precarização que se encontra.

Considerando o exposto, acreditamos ser imprescindível que os alicerces que sustentam a ideologia de acessos e de direitos sociais, requerendo um serviço público, universal e de qualidade em todos os âmbitos devam ultrapassar os limites dos órgãos e/ou movimentos sociais e se alocar próximo a população, sem inferir de sua credibilidade e importância. Acreditando que nessa vertente de enfrentamento, se dará a instigação ao exercício crítico necessário aos indivíduos no alcance da compreensão da disposição em que estão inseridos/as, no movimento das relações sociais, do entendimento desse processo, para que em consequência disto, se coloquem em defesa de seus direitos, possibilitando uma consciência de classe, refletindo dessa maneira, na escolha de seus representantes políticos que se comprometam e coadunam com essa máxima. Excepcionalmente utilizando-se do/a profissional assistente social no desenvolvimento dessa incumbência, junto a esses sujeitos, que se insere uma potencialidade a ser reconhecida e instaurada na prática desses espaços na busca da equidade e justiça social a classe trabalhadora de direito. Pois,

[...] sinaliza que a maior parte dos estudos analisados compreende a participação social como componente essencial para a preservação do direito universal à saúde, construção da cidadania e fortalecimento a sociedade civil, relacionando diretamente a concepção da participação como parte do processo de democratização do Estado. A participação social tem como uma de suas expressões a ideia da sociedade controlando o Estado superando o seu caráter autoritário e socialmente excludente, por meio da presença e organização de segmentos importantes na democratização desse espaço. (Duarte, 2014, pag. 71)

CAPÍTULO 02

2.1 USF TORRE INTEGRADA: considerações iniciais acerca do *lôcus* e da realização da pesquisa de campo

Entendendo a suma importância de uma perspectiva de atenção à Saúde, aglutinada aos ganhos Constitucionais de 1988, destacando ainda, a necessidade de efetivação democrática e participante da sociedade no interior das instituições do Estado na busca da materialização dos seus direitos e a observação do indivíduo, considerando as suas subjetividades no trato de seus males, discorreremos agora, sobre nosso objeto de estudo; a ausência do Serviço Social nas Unidades de Saúde da Família e as implicações dessa realidade, às possíveis demandas sociais existentes nos territórios dessas USF's. Tal inquietação, nos instigou a elaboração de um projeto de pesquisa, intitulado; Serviço Social nas Unidades de Saúde da Família: território, questão social e demandas, realizado no território da USF Torre Integrada, nesta capital, sendo base fundamental para o desenvolvimento desse trabalho.

A Torre é um bairro localizado na região central da cidade e que tem uma população de 15.193 habitantes aproximadamente. Possui duas Unidades de Saúde da Família, sendo elas; USF Torre I e USF Torre Integrada (II e III). Cada USF é responsável pelo acompanhamento de determinado território do bairro, não sendo possível adentrar nas resoluções de problemáticas que não esteja restrita a quem (USF) compete. Ambas unidades são geridas e monitoradas pelo Distrito Sanitário V (DS V).

A USF Torre Integrada (II e III), possui duas equipes de saúde, composta por; dois médicos, duas enfermeiras, duas equipes de saúde bucal e onze agentes comunitários de saúde. No início, no ano de 2004, existia apenas Torre II, recentemente, devido ao crescimento populacional o bairro e a intenção de melhor acompanhamento da população, somou-se a esta, o Torre III, tornando assim, uma USF Integrada de duas equipes.

Responsável pelo acompanhamento mensal e diário das demandas; Hipertensos, diabéticos, gestantes, puérperas, crianças, idosos, a USF Torre Integrada e seus profissionais atendem em média, cerca de 50 pessoas por dia. A USF possui um grupo de idosos que normalmente se encontram uma vez na semana,

mas, que devido a pandemia está tendo atividades em modelo remoto a um ano. O fluxo de atendimento ocorre da seguinte forma; o/a usuário/a chega a recepção, coloca o nome no livro de acolhimento, é orientado a aguardar. Posteriormente, o/a agente de saúde faz o acolhimento na sala de espera, explicando como se darão os atendimentos e os profissionais que estarão atendendo em oportuno. Repassa orientações de prioridades e algum informe que a equipe veja necessidade, como; chamamento para ações, campanhas entre outros. Após, os/as usuários/as são atendidos pela escuta qualificada que são responsáveis pela triagem que gera a ordem de atendimento. Depois, os/as mesmos/as aguardam serem solicitados a comparecerem à sala do/a profissional ao qual foi designado/a.

Permanentemente durante a pandemia, o fluxo da atenção básica está diretamente aberta para os casos de sintomáticos de gripe. Casos esses, que são averiguados e conforme necessidade são requisitados exames para a comprovação ou não da covid-19. A população irremediavelmente mais fragilizada pelas consequências prolongadas de uma pandemia que afeta a economia e aumenta o índice de desemprego e o acesso a itens básicos de sobrevivência, como comida, demonstram para além dos acometimentos orgânicos uma necessidade de ajuda para sua condição social de risco. O crescimento de tal cenário é uma realidade no acompanhamento da comunidade pela USF Torre Integrada.

Para o projeto de pesquisa; SERVIÇO SOCIAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: território, questão social e demandas, foram entrevistados/as um total de 19 pessoas, entre profissionais de saúde (5) e (14) usuários/as residentes na comunidade adscrita da USF Torre Integrada no bairro da Torre. Os/as participantes usuários/as em sua maioria, que vivenciam em seu cotidiano expressões da questão social no território da USF Torre Integrada, profissionais de saúde (Agentes Comunitários de Saúde e médica) que acompanham os/as referidos/as usuários/as no território da USF Torre Integrada e profissional Assistente Social inserida numa equipe de saúde em outra USF.

As profissionais Agentes Comunitárias de Saúde, foram escolhidas de acordo com o tempo de serviço prestado junto a Usf Torre Integrada e comunidade. Das três entrevistadas, 02 (duas) atuam na comunidade há mais de 15 (quinze) anos e 01 (uma) há pouco mais de 04 (quatro) anos. A profissional médica, foi escolhida pelo desempenho da sua profissão dentro da USF numa relação direta com os/as usuários/as e pelo potencial de identificação das fragilidades dos/as mesmos, que se

sentem mais confortáveis durante a consulta para falarem de seus problemas pessoais como um todo, porque enxergam na profissional uma referência de confiabilidade e segurança.

Por fim, a profissional assistente social da USF Timbó II, que nos proporciona na realidade, enquanto profissional NASF, como se configura o Serviço Social do ponto de vista empírico, no tocante as atividades da atenção básica em saúde, conforme demandas e requisições apresentadas – esta profissional foi escolhida, visto não ter assistentes sociais nas equipes das USF's e a quem são dirigidas demandas próprias do Serviço Social, postas nestas Unidades.

No que concerne as entrevistas com as profissionais de saúde, todas foram desenvolvidas nas respectivas unidades de saúde - Torre Integrada e Timbó II. Previamente as mesmas foram convidadas a participar e prontamente se disponibilizaram. Foram escolhidas pela função desempenhada que possuem características rotineiramente mais aproximadas das vivências dos indivíduos na comunidade. No decorrer dos dias assim que foi possível, nos encontramos em sala privativa, realizamos as entrevistas de forma tranquila, sem imprevistos ou interrupções.

As participantes ficaram à vontade em suas falas, pois, foram orientadas a responderem de acordo com seus conhecimentos, pois, não existiam respostas corretas e sim apenas respostas. Algumas demonstraram menos compreensão sobre determinadas abordagens, mas, conseguiram desenvolver bem sua linha de raciocínio. Já a profissional assistente social do Timbó II, no dia do agendamento de nossa entrevista, teve alguns problemas da unidade e precisou resolver em equipe o que pode ter tido alguma influência sobre a configuração de suas respostas, não obstante, foi um momento satisfatório ao nosso intuito.

As entrevistas direcionadas aos/as usuários/as, se mostraram mais variáveis. Podemos associar a isso, a quantidade maior de pessoas entrevistadas que foram 14 (quatorze) no total. Todas as entrevistas foram realizadas nos domicílios dos/as participantes e contamos com um ambiente propício e tranquilo para o desenvolvimento das mesmas. Não identificamos nenhuma situação adversa e/ou externa que impedisse em algum momento a fluidez e finalização das respostas dadas. Ressaltamos, porém, que houve em alguns casos, dificuldades de compreensão sobre diversos contextos dos questionamentos dispostos, o que impediu a concretização plena das repostas.

2.2 Considerações acerca do percurso da pesquisa

Para o projeto de pesquisa; SERVIÇO SOCIAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: território, questão social e demandas, foi realizada uma pesquisa de campo com a utilização de entrevistas semi-estruturadas com diferentes sujeitos. Foram entrevistadas um total de 19 (dezenove) pessoas, entre profissionais de saúde, 04 (quatro) e 15 (quinze) usuários residentes na comunidade adscrita da USF Torre Integrada, no bairro da Torre, município de João Pessoa-PB. Os/as participantes usuários/as em sua maioria, foram escolhidos, de preferência, considerando a vivência de expressões da questão social. As profissionais Agentes Comunitárias de Saúde, foram escolhidas de acordo com o tempo de serviço prestado, junto a USF Torre Integrada na comunidade. Das três entrevistadas, duas atuam na comunidade há mais de 15 (quinze) anos e uma há pouco mais de 04 (quatro) anos. A profissional médica, foi escolhida pelo desempenho da sua profissão dentro da Usf, considerando a relação direta com os/as usuários/as e a disponibilidade/segurança destes últimos em revelarem os seus problemas e fragilidades a esse tipo de profissional. Por fim, a assistente social da Usf Timbó II que foi selecionada, visto ser a profissional de referência para o atendimento das demandas no *lócus* da pesquisa, postas ao Serviço Social.

No que concerne as entrevistas com as profissionais de saúde, todas foram desenvolvidas nas respectivas unidades de saúde, Torre Integrada e Timbó II. Previamente as mesmas foram convidadas a participarem e prontamente se disponibilizaram. Foram escolhidas pela função desempenhada que possui características rotineiramente mais aproximadas das vivências dos indivíduos na comunidade. No decorrer dos dias assim que foi possível, nos encontramos em sala privativa, realizamos as entrevistas de forma tranquila, sem imprevistos ou interrupções. As participantes ficaram à vontade em suas falas, pois, foram orientadas a responderem de acordo com seus conhecimentos, pois, não existiam respostas corretas, e sim apenas respostas. Algumas demonstraram menos compreensão sobre determinadas abordagens, mas, conseguiram desenvolver bem sua linha de raciocínio. Já a profissional assistente social do Timbó II, (USF isolada, situada na periferia do bairro dos Bancários) no dia do agendamento de nossa entrevista, precisou interromper a entrevista para encaminhar demandas da unidade, o que pode

ter tido alguma influência sobre a configuração de suas respostas, mas, apesar disto, foi um momento satisfatório ao nosso intuito.

As entrevistas direcionadas aos/as usuários/as, se mostraram mais variáveis, quanto as respostas. Podemos associar a isso, a quantidade maior de pessoas entrevistadas que foram 14 no total, como também as faixas etárias variadas que oscilaram ente 18 a 77 anos. Todas as entrevistas foram realizadas nos domicílios dos/as participantes e contamos com um ambiente propício e tranquilo para o desenvolvimento das mesmas. Não identificamos nenhuma situação adversa e/ou externa que impedisse em algum momento a fluidez e finalização das respostas dadas. Ressaltamos, porém, que houve em alguns casos, dificuldades de compreensão sobre diversos contextos dos questionamentos dispostos, o que impediu a concretização plena de algumas das repostas.

A aproximação pessoal da minha vivência profissional enquanto agente comunitária de saúde a 8 (oito) anos, concursada pela prefeitura Municipal de João Pessoa, permitiu uma certa facilidade no que diz respeito aos acessos e confortabilidade dos/as entrevistados/as envolvidos/as. Tanto profissionais quanto usuários/as. Esses aspectos se mostraram capazes de dar mais ampla credibilidade ao que se estabelece no âmago da nossa pesquisa, o que por sua vez, diante das problemáticas postas na rotina aos atendimentos das demandas próximas a mim, se tornou nosso objeto de pesquisa.

Dito isto, a partir das entrevistas realizadas, seguem os dados coletados e suas respectivas análises, considerando o cotejo da revisão de literatura feita ao longo do trabalho, no que concerne ao problema de nossa pesquisa.

Destacamos que conforme a natureza das informações os dados foram organizados textualmente ou em forma de tabelas. Perseguindo sempre a melhor forma de apresenta-los e elucida-los.

2.3 Dados de identificação e de especificação do objeto de pesquisa concernentes às profissionais entrevistadas na USF Torre Integrada

Quanto as agentes comunitárias de saúde: faixa etária, verificamos que as entrevistadas têm idades entre 40 e 50 anos; **sexo,** observamos que 100% são do

sexo feminino; **identidade de gênero**, 100% se identificaram com o gênero feminino; **escolaridade**, 100% declararam ter concluído o ensino médio.

Todas as agentes comunitárias de saúde entrevistadas estão inseridas na meia idade. Associamos a isso, particularmente no município de João Pessoa, que o último concurso público realizado na capital, foi no ano de 2007, ou seja, a 14 (quatorze) anos atrás. O que nos leva a crer que esse determinante influencia no aspecto abordado, tendo em vista que anteriormente a esse concurso, no início do PACS/1991, a categoria profissional em questão teve sua atuação inserida de forma abrupta e urgente, devido a necessidade do programa à época em agilizar as consolidações exigidas pelo SUS, o que ocasionou um desempenho informal da função, sem atribuições definidas e efetivadas pelas pessoas da própria comunidade. Sem levar em consideração qualificação e/ou idade desses profissionais. Tornando assim, a faixa etária em sua grande maioria entre 40 e 50 anos de idade.

No tocante a assistente social entrevistada, a mesma, é formada em Serviço Social desde 2016 pela Faculdade Unopar da cidade de Souza e não possui Pós-graduação. Foi contratada como prestadora de serviço também em 2005, pela Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP) para atuar como profissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), criado em 2008 pelo Ministério da Saúde e que teve como objetivo, consolidar a atenção básica na saúde, ampliando a proximidade de algumas profissões junto à comunidade de forma a aumentar as resolutividades e o alvo das ações direcionados aos/as usuários/as do SUS.

O tipo de vínculo profissional que não o de concursada, pode afetar o desenvolvimento das ações profissionais, impedindo uma autonomia das tomadas de decisões, por vezes, primordialmente considerando ou ponderando seu exercício de acordo com o perfil imposto pelo gestor ao qual representa. Situação que observada, podemos dizer que fragiliza o processo de contemplação dos/as usuários/as e de suas necessidades, dadas as condições de insegurança que esse tipo de vínculo impõe, precarizando a atuação profissional alinhada ao seu projeto ético político, como também, a forma como se constrói e se estabelece as especificidades técnicas perante aos/as demais componentes da equipe, diminuindo assim, a real importância e papel do Serviço Social nesses espaços.

Atualmente, em decorrência de modificações ocorridas na gestão atual do Governo Federal, os/as profissionais NASF, como a assistente social em questão, desempenha suas funções voltados/as para o Programa Gerente Saúde, que foi

adotado em todo o país desde 2018. Enquanto gerente, os/as profissionais são responsáveis pelo gerenciamento e acompanhamento de cada Unidade de Saúde da Família (USF). O que tornou os serviços mais centralizados e que de certa forma devido ao acúmulo de funções está mais focalizada na funcionalidade dos parâmetros da gestão no interior das unidades que na otimização dos serviços para a comunidade, como foi elaborado e destinado à princípio.

Esse novo modelo significou uma possível extinção do Nasf e de tudo que a atuação multiprofissional significa na efetivação da saúde de qualidade que a atenção básica alcançou durante os anos. O atual governo federal por meio de nota divulgou corte de orçamento e o impedimento de novas equipes multissetoriais na Saúde da Família, se trata do Programa Previne Brasil que cortou os incentivos e custeio dos núcleos. (Fiocruz, 2020)

Essa realidade de desmonte e desinteresse na manutenção e acesso da população aos direitos reflete notoriamente na requisição de profissionais assistentes sociais para o quadro de profissionais NASF, tendo em vista que o serviço social possui apenas 5 assistentes sociais distribuídas igualmente nos 5 distritos sanitários de João Pessoa, sendo entre os/as profissionais de nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, educação física, os/as que menos possui representantes na atenção básica da capital. Outro fator que merece destaque é o acúmulo de funções que impossibilita tal profissional desempenhar suas funções de acordo com sua formação o/a limitando a burocracia de rotinas internas. A desvalorização profissional e salarial, também são elementos que se tornam pouco atrativos na atuação desses/as profissionais na atenção básica.

No que concerne a médica entrevistada, trata-se de uma pessoa idosa, branca, atuante na atenção básica desde os anos 1990. Uma situação que é demasiado recorrente na atenção básica, visto que os/as profissionais de idade mais jovens são remanescentes do Programa Mais Médicos, lançado em 2013 no governo Dilma Rousseff.

Entendemos que o quadro de médicos/as na atenção básica serem de pessoas de mais idade, seja devido ao fato de o ingresso dos/as mesmos/as ter sido efetivado durante o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 nos municípios. No caso em tela observa-se uma concepção de vínculos com a comunidade muito acentuada, o que com o decorrer dos anos, facilita o desempenho da profissão junto a esses cidadãos e cidadãs.

Destacamos em oportuno, que, atualmente no Brasil, o percentual de profissionais de medicina da raça negra, comparada aos/as mesmos/as profissionais de raça branca, chega a menos de 18%. Enquanto que a maioria dos/as usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS), são da raça negra, constituindo por 76% dos atendimentos, 81% das internações e apenas 15% possuem plano de saúde, segundo o IBGE. Esses dados tornam-se mais alarmantes quanto ao racismo estrutural quando dados do IBGE confirmam que 56% dos brasileiros/as se declaram pretos/as e pardos/as. (IBGE, 2020)

Já o fato das entrevistadas (todas as profissionais de saúde: Agentes de saúde, assistente social e médica) serem 100% do sexo feminino, nos leva a uma discussão que ainda é muito presente no âmbito da saúde no Brasil. A feminização da força de trabalho na saúde. Primeiramente, a mulher desde os primórdios estabeleceu naturalmente um vínculo social que a colocava como a responsável aos cuidados com os seus. Esse aspecto se fortaleceu com o passar do tempo, na divisão sexual do trabalho, quando a mulher passou a ser associada a atividades que tem como primazia o cuidado com o outro, assim como ocorre na saúde. Estudos indicam que a participação das mulheres nesse setor chega a quase 65% do total, no setor público/privado e em todos os níveis de complexidade. Sendo 62% das categorias profissionais de nível superior e 74% nos estratos profissionais de nível médio (CONASEMS, 2020) Durante a pandemia, as mulheres passaram a ocupar mais cargos na saúde, porém, perderam espaço nos cargos de chefias e direções, além de ganharem 37% a menos do que recebem os homens em cargos equivalentes, chegando a 66% a menos em cargos mais elevados. (O Globo, 2021). Os estudos indicam ainda que fatores como a desigualdade salarial entre os gêneros, a dupla jornada e o estresse próprio da pandemia, têm significância acentuada na piora da qualidade de vida dessas mulheres e que a presença maciça e predominante de mulheres em determinadas profissões da saúde, como serviço social, enfermagem, psicologia entre outras, transforma a qualidade do valor social dessas ocupações, as tornando menos qualificada e decrescente quanto ao prestígio social da profissão.(ANESP, 2020)

A essa altura de nossa análise, tendo traçado as condições para obter informações concisas em apreciação ao nosso principal questionamento, partiremos para os dados específicos de nosso objeto. Considerando que o objetivo elementar é analisar o entendimento das profissionais de saúde sobre a questão social e sua

relação com o cotidiano nas atribuições e desempenho de suas profissões na comunidade, para a posteriori formular uma crítica acerca desse cenário em relação a ausência do Serviço Social na USF em questão.

Primeiramente, faremos uma correlação das entrevistas por categoria profissional e iniciaremos pelas Agentes Comunitárias de Saúde, dando prosseguimento com a profissional médica e a posteriori com a assistente social que atua na USF Timbó II. Somando-se um total de 5 profissionais da saúde.

As agentes de saúde e médica terão suas análises realizadas conjuntamente, pois, trata-se da mesma base de entrevista. Porém, salientamos que se faz necessária um vislumbre individual de ambas as profissões, tendo em vista que suas experiências na rotina relacional com os/as usuários/as são completamente diferentes. Dessa forma, destacaremos as entrevistadas **1, 2 e 3** (agentes de saúde) e entrevistada **4M** (médica)

Inicialmente foi levantada a compreensão dessas profissionais acerca da “questão social” e se poderiam apontar algumas de suas expressões que consideram terem visualizado na rotina de suas profissões e no cotidiano da USF, vejamos:

Entrevistada nº 1: vê como desigualdade, relacionada aos “menos favorecidos que precisam de apoio”. Visualiza como expressões os maus tratos a idosos, famílias em situações precárias, “abuso de menores”;

Entrevistada nº 2: correlaciona a uma “questão de nível social de uma pessoa”. Visualiza pessoas “pedintes” que se refugiam nas drogas;

Entrevistada nº 3: “[...] engloba toda a necessidade que qualquer ser humano tenha”. Visualiza, particularmente, abandono de idoso/a;

Entrevista nº 4M: “[...] são questões relacionadas às ações que envolve o ser no seu ambiente físico e emocional”. Visualiza, desemprego, a fome, falta de educação e renda.

De forma geral, podemos dizer que de acordo com nossas observações às respostas dadas, que entre as agentes de saúde houve um entendimento dessas profissionais, extremamente vago ou pouco expressivo sobre o que é questão social. Demonstraram uma “ideia” do que seria um sentido dado a palavra “social”, o que resultou em conclusões inexpressivas e incoerentes.

A utilização da palavra “pedinte” e/ou mendigo em uma das respostas, demonstra uma fala conservadora e ainda muito utilizada, para dar conotação

aquele/a que pede para sua sobrevivência, sendo este, muito pobre. Porém esses termos limitam o indivíduo a ser e não a estar nessas condições momentaneamente. Como também não representa sua verdadeira condição de pauperização, tão pouco as questões que o insere nessa conjuntura. A utilização de tal termo, reduz as complexidades que se apresentam ao ser em sua totalidade, considerando que a problemática é muito maior que a privação de bens materiais, alcançando o plano espiritual, moral e político. O termo correto para se utilizar se referindo a indivíduos nessas condições é pessoas em situação de rua e/ou de abandono.

A profissional médica, demonstrou em sua resposta, um entendimento mais aproximado do real ao vislumbrar o ser em “seu ambiente físico e emocional”, compactuando que o indivíduo é para além do imediato. Existindo por tanto, determinantes externos que influenciam na condição de pobreza, porém mesmo considerando uma amplitude maior nessa resposta não reflete a compreensão do conjunto de contradições que envolvem a relação trabalho/capital, bem como a complexidade inerente a essa relação.

Dando prosseguimento, perguntamos às entrevistadas se em seus cotidianos de trabalho elas conseguiam identificar expressões de pobreza dos/as usuários/as e quais:

Entrevistada nº 1: alegou não identificar nenhuma expressão de pobreza em seu cotidiano;

Entrevistada nº 2: alegou não visualizar expressões de pobreza em seu cotidiano, mas, de violência;

Entrevistada nº 3: alegou identificar como expressão de pobreza em seu cotidiano, dificuldades financeiras maior de alguns/as usuários/as;

Entrevistada nº 4M: alegou não identificar nenhuma expressão de pobreza em seu cotidiano.

Como podemos verificar, três das participantes relataram não identificar expressões de pobreza em seus cotidianos de trabalho. Porém, ao responderem à questão anterior, apontaram como expressões da questão social possíveis de serem identificadas em seu cotidiano profissional: pessoas em situação de abandono/rua, desemprego, fome. Tal contradição nos leva a crer que as participantes identificam sim, expressões de pobreza no desempenho de suas profissões, mas por falta de um conhecimento teórico sobre os processos que se estabelecem em nossa sociedade, não conseguem expandir suas observações em consonância com a forma de

organização material e social que vivemos e as mazelas oriundas dela. Os termos lhes parecem estranhos e incompreensíveis no tocante à teoria e aos conceitos.

Enquanto agente de saúde e/ou pesquisadora participante, posso afirmar que nossa profissão se estabelece como a que mais tem proximidade com a realidade da vida dos/as usuários/as por nós acompanhados/as pela USF, pois, adentramos aos domicílios e construímos uma relação direta com a população, o que nos permite uma leitura dinâmica e real da rotina dessas pessoas. De certo, além do que já foi relatado que se enquadra como expressões da questão social e de pobreza, também visualizamos desnutrição em crianças e idosos/as, escassez de alimentos, doenças relacionadas a má alimentação, entre outros.

A entrevistada de nº 3, relatou identificar dificuldades financeiras de alguns/as, uma expressão de pobreza que está associada ao desemprego. Esta, apesar de sucinta, nos informou de fato o seu entendimento sobre a expressão de pobreza por ela observada. Já a entrevistada nº4M, além de reconhecer que não visualiza expressões de pobreza dos/as usuários/as, acrescentou que “na nossa unidade não, pois, estamos num território menos precário comparado a outros”. Tal conclusão é contraditória com a resposta anterior, onde a mesma, visualiza expressões de pobreza em sua rotina de trabalho. De certo aqui se trata de uma visão mais fragmentada da realidade.

Sobre o entendimento das participantes com relação aos seus conhecimentos no que diz respeito aos determinantes sociais de saúde e suas expressões, as profissionais responderam da seguinte forma:

Entrevistada nº 1: não entendeu do que se trata.

Entrevistada nº 2: não entendeu e nunca ouviu falar.

Entrevistada nº 3: toda necessidade que o/a usuário/a tenha de se cuidar. A expressão visualizada; usuários/as idosos/as que vivem em condição de abandono.

Entrevistada nº 4M: fatores que levam a uma diferenciação social de mais ou menos poder aquisitivo e de informação. Falta de condições financeiras e intelectuais que limita a compreensão e impede o indivíduo de agir.

As duas primeiras entrevistadas demonstraram não ter nenhum conhecimento do que seria os determinantes sociais de saúde. A entrevistada nº 3 demonstrou pouco entendimento sem se prolongar em sua resposta, mas, conseguiu de certa forma exemplificar sua linha de raciocínio, embora demasiadamente limitada. A entrevistada nº 4M, reduziu o termo a apenas ao poder aquisitivo, basicamente

aquela pessoa que não possui condições financeiras e de conhecimento/educação, o que limita a sua capacidade de ação.

É extremamente importante que o trabalho em saúde, desenvolvido pelos/as profissionais, seja orientado e fundamentado pelo conhecimento do que são os determinantes sociais de saúde, visto a relevância crucial de entendimento das dimensões que se articulam na existência do ser. Assim, nesse sentido, pode-se haver uma construção de uma visão mais humanizada e integral dos/as usuários/as, refletindo principalmente em sua qualidade de vida, mediante organizações das ações, projetos e programas condizentes com a defesa e ampliação de direitos, sobretudo, no que tange ao reconhecimento das várias determinações do processo de adoecimento e de prevenção de doenças.

As perguntas seguintes, não foram respondidas por duas das entrevistadas porque eram referentes ao entendimento das mesmas sobre o que é determinante social de saúde.

Assim, foi perguntado se as entrevistadas avaliavam se esses determinantes sociais interferem no processo saúde-doença.

Entrevistada nº 3: “[...]porque quando você não tem a liberdade de procurar ajuda, interfere na condição de saúde. Porque o adoecimento físico pode vir de situações externas difíceis”.

Entrevistada nº 4M: “[...]na forma das pessoas compreenderem e adotar certas atitudes. Por exemplo, prevenção de doenças, tratamento medicamentoso e de qualidade de vida”.

De acordo com o entendimento das participantes, as limitações financeiras, impedem que as pessoas acessem melhores serviços e portanto, as coloca em situações de adoecimento físico, como também o conhecimento limitado que impossibilita que as pessoas se cuidem de forma correta, pois, não compreendem o qual importante é o tratamento adequado dos acometimentos. Tais entendimentos, demonstram mais uma vez uma superficialidade tacanha na compreensão do contexto dos determinantes sociais de saúde e o que os implica.

Podemos dissociar duas condições nessas narrativas acima, que se aproximam do ser em seu meio e que os/as coloca em condições sociais confortáveis e/ou difíceis. A renda diminuta ou nula e a limitação intelectual, ocasionada pela falta de acesso a educação de qualidade. Essas situações isoladas expõem o indivíduo na sociedade e o determina em sua classe social. Porém, não tão somente

ou apenas a isto, deve ser associado os percalços responsáveis por sua condição social. Há um processo imbricado, complexo e conjunto, que se concerne diretamente ao modo de produção capitalista ao qual esse ser está inserido e reflete sobre as circunstâncias do processo saúde-doença do/a mesmo/a.

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) Os Determinantes Sociais da Saúde, são os fatores os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. (SciELO, 2017). Krieger (2001) um elemento de intervenção ao defini-los com fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informações. (SciELO, 2017). E finalmente para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou de enfermidade.

Conceber o processo saúde-doença com uma ponderação á luz das condições postas á sociedade perpetuado pelo capitalismo, permite uma reflexão capaz de discorrer sobre a essência do problema de modo a contemplar as especificidades individuais que confluem para determinada enfermidade e/ou situação de risco social. As expressões da questão social e seu entendimento relacionando-o aos Determinantes Sociais de Saúde, devem ser latentes ás investidas profissionais no campo da saúde, de modo a permitir que a vida seja refletida como um todo, sendo assim, capazes de diminuir as iniquidades oriundas do sistema capitalista acometidas a classe trabalhadora.

A pergunta a seguir, questiona as entrevistadas sobre se em suas aproximações com os/as usuários/as no território, quais situações de violências elas especificamente observaram. Violência nos termos ampliados, considerados pela legislação brasileira. Violência,

Tabela 01

Especificação dos tipos de violência que já foram identificados na relação direta com os/as usuários/as da USF Torre Integrada. João Pessoa – PB: 2021

ENTREVISTADA	ENTREVISTADA	ENTREVISTADA	ENTREVISTADA
Nº 1	Nº2	Nº 3	Nº4M

CONTRA MULHERES				
CONTRA CRIANÇAS				
CONTRA ADOLESCENTES				
CONTRA PESSOA LGBTQIA+FOBIA				
CONTRA PESSOA IDOSA				
RACISMO				
SITUAÇÃO DE ABANDONO IDOSO/A				
SITUAÇÃO DE ABANDONO PESSOAS EM USO DE ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS				
INTOLERÂNCIA RELIGIOSA				

FONTE: Elaboração própria. 2021.

Ao analisar a tabela acima, pudemos observar que as entrevistadas de número 2 e 3, tiveram no desenvolvimento de suas atribuições, visualizações das expressões da questão social, bastante parecidas. Enquanto que a entrevistada de número 3 e 4M, demonstraram uma diferença significativa comparada às duas primeiras. A essa altura, é pertinente refletir sobre o desenvolvimento dos conhecimentos das participantes no que diz respeito as expressões da questão social e os determinantes sociais, tendo em vista, que no desenvolver das entrevistas, a nº 3 demonstrou um conhecimento mais acentuado quando questionada e as demais quase que igualitariamente demonstraram quase ou nenhum conhecimento sobre as perguntas abordadas. Porém quando simploriamente perguntadas dessas visualizações na rotina de seus trabalhos, pudemos examinar que as entrevistadas 1 e 2 corroboram de forma mais fidedigna à realidade desse território.

Mais uma vez, atentamos para como essas aproximações das expressões da questão social por parte das profissionais são comumente repetidas no âmbito de suas atividades laborais, mas, faltam-lhes aproximação dos conhecimentos teóricos para aperfeiçoar seus conhecimentos técnicos. Haja vista que as capacitações profissionais são importantes meios de qualificar aqueles/as que atendem as demandas do SUS e são imprescindíveis esses entendimentos para a melhoria, colhimento e avanços significativos da saúde pública no Brasil.

Já com a entrevistada nº4M, devemos reconhecer que dado o espaço de suas atividades profissionais (consultório), a limita aproximar-se das situações de violência existentes, a não ser que seja por exame físico ou por relatos, porém, pouco ocorre tal contexto, pois, existe uma certa resistência e vergonha associados a julgamentos que se tornam obstáculos para a pessoa violentada. Diferentemente, das agentes comunitárias de saúde que tem como chão profissional os próprios domicílios dos/as usuários/as. Além de se estabelecer uma relação com o/a usuário/a construída por anos e ver nesse/a profissional uma figura mais próxima do próprio perfil do/a usuário/a proporciona um sentimento de maior confortabilidade das intimidades, pois, quando se trata da profissional médica, existe um respeito quase que hierárquico, atribuído a medicina, que o/a limita em expor suas angústias tal qual ocorrem.

A próxima pergunta é referente as requisições que foram feitas ao/a profissional assistente social Nasf para acompanhar as expressões da questão social acima mencionadas, no território da USF Torre Integrada - sendo a frequência dadas da seguinte forma: nunca/ quase sempre/ as vezes/sempre.

Todas as quatro entrevistadas disseram que suas requisições nunca foram respondidas pela profissional de referência (NASF), já que nas USFs não existe a/o profissional de Serviço Social, por essa razão não obtiveram êxito nas resoluções necessárias. Num caso isolado, a equipe de saúde da referida unidade USF Torre Integrada tentou intervir, mas sem êxito. E em outro caso, tal problema foi comunicado ao Conselho Tutelar e foi resolvido. Ambas situações, foram redirecionadas, devido a ausência a princípio da profissional Nasf, não comparecendo a tais requisições. Para três (1, 3 e 4M) das entrevistadas, as demandas não foram satisfatoriamente respondidas em nenhuma das requisições justamente pela ausência da/o profissional assistente social Nasf e para a entrevistada de nº 2, em uma demanda de um caso isolado, foi satisfatoriamente respondida, devido a intervenção do Conselho Tutelar.

Destacamos que, em todas as situações, ao requisitar o/a profissional assistente social para as demandas pertinentes ao Serviço Social, eram informadas pela profissional da gestão na unidade que a única assistente social no Distrito V, ficava impossibilitada de sair, pois, teria outras responsabilidades na sua Unidade de Saúde, a qual era chefe. Podemos afirmar que tal realidade se coloca como um problema sério e que necessita de reflexão. Pois, essas demandas ao não serem atendidas se tornaram invisibilizadas pelo Estado que tem sob sua responsabilidade constitucional zelar pelos/as seus/as cidadãos e cidadãs.

O Serviço Social, deve estar próximo às suas demandas. Pois sabemos que as mesmas existem em variáveis agravos e que há Instituições de referência para atende-las, mas, também devemos considerar que há um leque de complicações que implicam sobre o acolhimento, acompanhamento e desfecho de cada situação e que essas problemáticas que separam o Serviço Social e suas demandas, pode se demonstrar desde a um/a usuário/a impedido de chegar aos serviços existentes (não dispor de dinheiro para condução, vergonha, ignorância, se sentir incapaz, desânimo...), como também do/a profissional às demandas, devido ao acúmulo e desvio de funções ou não conseguir atender satisfatoriamente às requisições por se tratar apenas de um/a assistente social, totalmente insuficiente ao adequado.

Dessa forma, entendemos qual significativo contemplar um Serviço Social no âmbito de suas atribuições e assim, contribuir para uma sociedade socialmente mais justa. Junto às demandas e no cerne da comunidade conseguir construir meios e ações que possibilitem tanto acolher, acompanhar e concluir as requisições que assim houverem, como acima de tudo contemplar a população com informações capazes de instigar o indivíduo e o fazer refletir sobre seu papel na sociedade. No interior das Unidades de Saúde da Família, se faz necessária essa atuação profissional dos/as assistentes sociais, em rede, constante e permanentemente acompanhando as demandas próprias da profissão.

Quando perguntadas sobre o desenvolvimento das atividades da USF Torre Integrada, com que frequência são efetivadas ações que objetivem a exposição e/ou orientação de direitos sociais e bem-estar social em saúde, preconizado pela a OMS junto aos usuários/as - sendo a frequência dadas da seguinte forma: nunca/ quase sempre/ as vezes/sempre.

Todas responderam que as ações que objetivem a exposição e/ou orientação de direitos sociais e bem-estar social em saúde, preconizado pela OMS junto aos usuários/as são desenvolvidos com **pouca frequência**.

Como podemos observar nas respostas dadas, com pouca frequência as ações expositivas de orientação são efetivadas. De fato, como pesquisadora participante, posso confirmar tal afirmação. E mais, as exposições se mostram em sua maioria focalizada no aspecto de saúde na limitação orgânica, o que já foi explicitado anteriormente, que essa dimensão abrange muito mais. Esse cenário implica numa organicidade equivocada e entediante para os/as usuários/as, devido ao seu contexto repetitivo e pouco instigante. Além de não contemplar as abordagens informativas que aprecie o ser social na sua amplitude, impossibilitando a progressão individual dos sujeitos envolvidos na construção de uma sociedade pautada na justiça social. Sendo o/a assistente social o/a profissional singular para tal,

As competências específicas são definidas com diversas dimensões interventivas, complementares e indissociáveis. São elas: 1. Uma dimensão que engloba as abordagens individuais, familiares ou grupais na perspectiva de atendimento às necessidades básicas e acesso aos direitos, bens e equipamentos públicos. Essa dimensão não deve se orientar pelo atendimento psico-terapêutico a indivíduos e famílias (próprio da Psicologia), mas sim à potencialização da orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais; 2. Uma dimensão de intervenção coletiva junto a movimentos sociais, na perspectiva da socialização da informação, mobilização e organização popular, que tem como fundamento o reconhecimento e fortalecimento da classe trabalhadora como sujeito coletivo na luta pela ampliação dos direitos e responsabilidade estatal; 3. Uma dimensão de intervenção profissional voltada para inserção nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação, reivindicação e defesa dos direitos pelos(as) usuários(as) e Conselhos, Conferências e Fóruns da Assistência Social e de outras políticas públicas; 4. Uma dimensão de gerenciamento, planejamento e execução direta de bens e serviços a indivíduos, famílias, grupos e coletividade, na perspectiva de fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, intersetorial e interdisciplinarmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos(as) cidadãos(ãs); 5. Uma dimensão que se materializa na realização sistemática de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e demandas da classe trabalhadora, e possam alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento da política de Assistência Social; 6. Uma dimensão pedagógico-interpretativa e socializadora de informações e saberes no campo dos direitos, da legislação social e das políticas públicas, dirigida aos(as) diversos(as) atores(atriz) e sujeitos da política: os(as) gestores(as) públicos(as), dirigentes de

entidades prestadoras de serviços, trabalhadores(as), conselheiros(as) e usuários(as). (CFESS)

Essas diversas dimensões interventivas podem se desdobrar em competências, estratégias e procedimentos específicos, e são assim apresentadas nos Parâmetros:

- Realizar pesquisas para identificação das demandas e reconhecimento das situações de vida da população que subsidiem a formulação dos planos de Assistência Social;
- Formular e executar os programas, projetos, benefícios e serviços próprios da Assistência Social, em órgãos da Administração Pública, empresas e organizações da sociedade civil;
- Elaborar, executar e avaliar os planos municipais, estaduais e nacional de Assistência Social, buscando interlocução com as diversas áreas e políticas públicas, com especial destaque para as políticas de Seguridade Social; (CFESS)

Numa escala de 0 a 10 as entrevistadas foram perguntadas em suas opiniões, qual seria para elas o grau de importância do/a profissional assistente social compor a equipe multidisciplinar da USF Torre Integrada para atender as demandas sociais existentes, vejamos:

entrevistada nº 1; (10); entrevistada nº 2; (10); entrevistada nº 3; (8); e entrevistada nº 4M; (10).

Em suas justificativas, as entrevistadas responderam da seguinte forma:

Entrevistada nº 1: “é importante no sentido de resolver situações que cabem ao/a profissional.”

Entrevistada nº 2: “porque as pessoas precisam de um olhar mais específico, com um/a profissional que a pessoa se sinta mais a vontade de se expressar e falar de suas dificuldades”.

Entrevistada nº 3: “pelo poder de resolutividade que um/a assistente social detém para acompanhar a comunidade”.

Entrevistada nº 4M: “a/o assistente social é um/a profissional importante no atendimento ao público ele/a equilibra os direitos das pessoas. Pois, tem muitos direitos dentro da saúde que precisam ser gerenciados. Essa/a profissional coordenaria o equilíbrio das ações no processo saúde, diminuindo assim, muitos conflitos”.

Todas as profissionais expuseram em suas respostas, ser muito importante a presença do/a assistente social compor a equipe de saúde. As agentes de saúde numa visibilidade mais externa à comunidade e a profissional médica a interna. Compreensível, dadas suas experiências profissionais. Mas, destacamos que nenhuma das profissionais mencionou as expressões da questão social como um

objeto importantíssimo ao acompanhamento permanente do Serviço Social. Pelo contrário, quase que reduzindo o desempenho da profissão a resolutividade de quaisquer problemas, uma realidade contínua reproduzida em outras Instituições.

Ao serem perguntadas de uma escala de 0 a 10, como elas avaliam a ausência desse/a profissional na equipe USF Torre Integrada junto aos/as usuários/as – sendo 0 para nenhuma importância e 10 para muita importância - as mesmas deram as seguintes respostas:

entrevistada nº 1; (10) entrevistada nº 2; (8); entrevistada nº 3; (8); e entrevistada nº 4M; (10)

As justificativas de acordo com suas notas, foram as seguintes;

Entrevistada nº1; “porque muitas situações que ocorreram, foram repassadas para a equipe, porém, não foram devidamente resolvidas”.

Entrevistada nº2; “porque melhoraria a parte psicológica, como também melhoraria outras demandas. Pois, ao ter um/a profissional que escute o indivíduo sem julgamentos, este, não teria tantos problemas físicos e saúde”.

Entrevistada nº 3; “pelo fato de poder acompanhar e dar resolutividade a alguma demanda”.

Entrevistada nº 4M; “muitos conflitos seriam reduzidos, tanto a nível de usuários como a nível de equipe. Pra coordenar os direitos primordiais”.

Podemos analisar de acordo com as respostas, que todas as profissionais veem uma necessidade considerável para que o/a profissional assistente social seja incluso/a na equipe multiprofissional da USF em questão. Embora suas justificativas sejam em parte errôneas, demonstrando a falta mínima de conhecimento da prática profissional do Serviço Social, compreendem que sua importância se estabelece na tangibilidade junto a comunidade e aos direitos, afirmando existir situações que carecem de acompanhamento adequado, devido a ausência desse/a profissional na USF.

Daremos agora prosseguimento a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa de campo com a contribuição da profissional assistente social do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) da Usf Timbó II no bairro dos Bancários, que figura como profissional de referência para o atendimento nas USF's do Distrito Sanitário V, no que concerne as demandas postas ao Serviço Social. Identificaremos a entrevistada assistente social da seguinte forma; **nº 5AS.**

Iniciamos nossa entrevista a referida profissional questionando-a sobre a frequência que ela desenvolve suas competências e atribuições em outras unidades de saúde - sendo a frequência dada da seguinte forma: nunca/ quase sempre/ as vezes/sempre quando solicitada.

Numa escala de 0 a 10, sendo 0 nenhuma frequência e 10 muita frequência.

A Entrevistada nº 5AS considerou uma nota 9 (nove) para a referida questão.

Perguntamos sobre as demandas internas, a frequência em que o Serviço Social é requisitado.

Numa escala de 0 a 10, sendo 0 nenhuma frequência e 10 muita frequência.

A Entrevistada nº 5AS para resposta da questão acima considerou uma nota 8 (oito).

De acordo com a resposta da entrevistada, as solicitações de seus serviços possuem uma média alta de requisições tanto interna quanto externamente. Associamos a isso, a mesma, ser a única assistente social Nasf referência para todas as unidades de saúde que compõem o Distrito Sanitário V. E confrontando com as necessidades das demandas sociais da USF Torre Integrada nunca terem tido o devido acompanhamento do Serviço Social Nasf, concluímos que devido às numerosas requisições se concentrarem apenas em uma referência profissional, pode ser este, um determinante que explique a total ausência da assistência social às demandas próprias quando requisitado para atendimento na referida unidade de saúde.

Ainda foi questionado a referida entrevistada de que maneira essas requisições da USF impactavam no trabalho que ela desenvolve no NASF.

No tocante a resposta, temos: entrevistada nº 5AS “[...] com relação ao matriciamento, traz bastante benefícios à comunidade. Benefícios aos cuidados e conhecimento na garantia dos direitos.”

Observamos que a profissional não conseguiu explicar de forma mais objetiva e coerente a sua resposta, considerando as suas competências e atribuições enquanto assistente social, mas, representando o perfil gerente da referida unidade (Timbó II). Demonstrando uma certa confusão em relação ao desenvolvimento de suas atividades.

No tocante ao matriciamento citado pela entrevistada, elucidamos que se trata de um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num

processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. (Ufpel, 2011)

Em relação as condições éticas e técnicas para sua atuação junto às demandas apresentadas (nas USF's) na USF Torre Integrada a **Entrevistada nº 5AS** apontou que existem algumas dificuldades com relação a rede, pois, a demanda é muito alta e também na maioria das requisições não obtém-se o *feedback*.

Embora a entrevistada tenha afirmado que existem algumas dificuldades dispostas, devido ao número de demandas, conferimos nesse momento, que é contraditório às declarações realizadas pelas profissionais de saúde da USF Torre Integrada. Das quais nunca conseguiram respostas concretas a tais requisições. Então, nos questionamos quais critérios são utilizados para priorizar os acompanhamentos das demandas sociais existentes nos territórios das USF's. E o que a entrevistada nº.5AS considera ter respondido.

Quanto as condições de trabalho conforme a Resolução CFESS n. 493/06 CFESS. Sendo, iluminação adequada, recursos que garantam a privacidade do/a usuário/a e o sigilo profissional, ventilação adequada e espaço adequado.

Entrevistada nº 5AS; a entrevistada declarou que suas condições de trabalho são efetivadas de acordo com a Resolução CFESS n. 493/06, contemplando todos os itens.

Apesar da entrevistada afirmar que suas condições são adequadas de acordo com a referida Resolução, observamos que a USF em que trabalha, possui quase nenhuma estrutura. Trata-se de uma casa muito simples e pequena. Exemplificamos, para se passar num corredor da dita casa, é necessária uma pessoa de cada vez. Cômodos (consultórios/salas) estreitos e mal arejadas. Tal comportamento da entrevistada pode ser no sentido de não expor as condições precárias disponibilizadas pela gestão, o que entendemos ter advento do vínculo da profissional (prestadora de serviço) junto á gestão. Esse contexto, como já exposto, age negativamente sobre a autonomia da mesma enquanto assistente social e acaba por fragilizar e/ou prejudicar a qualidade dos serviços prestados.

Perguntamos a profissional se, de acordo com sua experiência profissional, enquanto assistente social, ela acredita ser necessária e viável a efetivação dos/as profissionais assistentes sociais nas Unidades de Saúde da Família?

A Entrevistada nº 5AS quanto a questão afirmou que sim. E justificou: “Acredito ser necessária e viável, pois, traz grandes benefícios à comunidade de modo geral, enriquecendo a informação e o acesso aos direitos.

Afirmamos que a atuação do Serviço Social nas Instituições deve se desenvolver para além da focalização na informação e no acesso aos direitos. Tendo em vista que existe uma correlação permanente da profissão produzindo meios que efetivem a crítica reflexiva a realidade e ao papel dos indivíduos na sociedade. Dessa forma, construir ações que se estabeleçam essa dimensão político-pedagógica é extremamente necessário. Vejamos as competências e atribuições da profissão:

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

Questionamos a entrevistada como ela considera a perspectiva da sua equipe de saúde com relação ao entendimento da dimensão e importância da profissão no atendimento às demandas sociais e sua intersecção com a saúde.

A Entrevistada nº 5AS respondeu que,

[...] consideram de extrema importância, pela agilidade de resolutividades das necessidades que surgem durante as consultas médicas e de enfermagem, onde quando necessário sou constantemente solicitada a intervir e discutimos em equipe as melhores condições para acompanhar os casos.

Perguntamos como a profissional avalia a inserção do Serviço Social na Atenção Básica para contribuir com a qualidade e a efetividade dos serviços à população nos seus respectivos territórios.

A Entrevistada nº 5AS respondeu: “[...] ampliando a qualidade dos serviços, como também melhorando os mesmos. Realizando capacitações nos matriciamentos para a efetiva manutenção do conhecimento e informação às comunidades.”

Indagamos na opinião da profissional, se a referida inserção qualificaria a atuação em rede na saúde da população nos territórios.

A Entrevistada nº 5AS respondeu que sim.

“Surgem muitas dificuldades no feedback da conclusão de alguns casos. Portanto, se houvesse um quantitativo maior de profissionais assistentes sociais atuando na Atenção Básica, tornaria o serviço mais descentralizado e eficaz”.

A entrevistada respondeu de forma coerente às questões, porém, não se estendeu muito, demonstrando uma inquietação que a confrontava com os termos normalmente utilizados pela profissão, mas, não empregados por ela. Pela segunda vez usou a palavra “matriciamento” que é bastante repetida tecnicamente na atenção básica pelos gerentes da gestão e resumiu inexpressivamente seu posicionamento enquanto assistente social e as reais necessidades e importância da conjuntura do Serviço Social inserido no âmbito da atenção básica.

Ao ser questionada na última pergunta sobre sua opinião, a que atribuía a não inserção de assistentes sociais nas equipes de USF, a entrevistada relatou não saber informar.

Nos nove anos de minhas atividades, enquanto agente comunitária de saúde, é fatídico afirmar que efetivar a saúde pública conforme nossos intentos pessoais de acordo com o que acreditamos ser o SUS de qualidade não é fácil. E por muitas vezes independe de nós. Entendo perfeitamente, ao qual se expressa as dificuldades de se posicionar daquele/a profissional efetivo x o/a profissional contratada nessas instituições. Notoriamente a entrevistada assistente social em seu último questionamento decidiu isentar-se de responder como em algumas outras perguntas parcialmente respondidas, para não se expor e ser prejudicada ou repreendida de alguma maneira. Esse vínculo tendencioso, precariza serviços e as condições profissionais adequadas.

A atenção básica é a porta de entrada dos serviços de saúde do SUS. Sendo este, o cenário mais promissor e assertivo para impulsionar ações, projetos e estudos que sejam eficazes e consigam ser refletidos na redução dos atendimentos nas médias e altas complexidades. É preciso que se entenda que os investimentos necessários a atenção básica e a valorização profissional são extremamente importantes para a promoção da saúde e o correto acompanhamento à população. É preciso deixarmos de focalizar a medicina tão somente curativa e promovermos a discussão, a reflexão, a comunhão do conhecimento que proporcione um ambiente que não se restrinja ao atendimento profissional apenas para o acometimento, mas, também para a satisfação do saber e do crescimento pessoal.

Embora a realidade que persista historicamente, seja outra, não podemos deixar de nos esforçar no sentido de acreditarmos em tempos melhores para a dimensão da saúde em sua amplitude para a população, pois, atuar junto as fragilidades e anseios da classe trabalhadora diariamente e que se apresentam constantemente, nos confronta a jamais desistirmos de efetivá-lo e defendê-lo conforme as bases constitucionais que contemplam a democracia em que vivemos, pois, saúde é um direito de todos e dever do Estado. Que o Serviço Social possa ser a avidez junto às massas, que fomenta essa chama da esperança vindoura. Viva o SUS!

3.3 Dados de identificação e de especificação do objeto de pesquisa relativos aos usuários/as entrevistados/as USF Torre Integrada

Daremos continuidade às nossas análises nesta etapa, destacando o perfil sócio-econômico dos/as usuários/as entrevistados/as que fazem parte do território e/ou são acompanhados/as pela equipe da USF Torre Integrada. Trabalharemos no sentido de construir uma leitura analítica capaz de nos possibilitar a reflexão que recaem sobre as respostas dadas e que se concretizem em um aporte para assomar as problemáticas que envolvem nosso objeto de estudo, para dessa forma compreendê-lo. Sendo este, a ausência do Serviço Social na referida unidade de saúde e as demandas sociais existentes que se tornam invisibilizadas perante essa realidade.

**Dados de Identificação dos/as usuários/as Entrevistados/as na USF Torre
Integrada quanto à Faixa Etária. João Pessoa – PB:
2021**

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL
18 A 28 ANOS	02	14,2%
28 A 38 ANOS	-----	-----
38 A 48 ANOS	01	7,1%
48 A 58 ANOS	03	21,4%
58 A 68 ANOS	06	42,8%
68 A 78 ANOS	02	14,2%
TOTAL	14	100%

FONTE: Elaboração própria. 2021.

De acordo com a tabela 02, com relação a faixa etária das pessoas entrevistadas por ordem de idade, cerca de 14,2% possui idade entre 18 a 28 anos, nenhuma pessoa entre a faixa etária de 28 a 38 anos incompletos, foi entrevistada. Já entre as pessoas entre 38 a 48 anos, temos 7,1%, pessoas entre 48 a 58 anos, representam 21,4%, os que possuem idade de 58 a 68 anos compõem o maior percentual com cerca de 42,8% e por fim representando 14,2% do total, pessoas entre 68 a 78 anos completos.

Essa tabela nos permite analisar que dos/as entrevistados/as, 42,8% estão inseridos/as na faixa etária de 58 a 68 anos de idade. Dados do IBGE da última edição da pesquisa Síntese de Indicadores Sociais, apontam que o histórico da composição da população brasileira indica o aumento expressivo da parcela de idosos/as. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), afirmam que em dez anos, a parcela de brasileiros/as com 60 anos ou mais, cresceu de 9,8% para 14,3%, entre 2005 a 2015. (IBGE, 2016). E expectativa de vida no país que na década de 40 era de 45,5 anos em 2020 passou para 76,7 anos. (BBC, 2021)

Esse cenário de envelhecimento populacional acelerado no Brasil requer uma visibilidade em planejamentos que consolidem políticas públicas voltadas para essa concretude iminente, objetivando projetos, ações e espaços que permitam a efetiva melhora na qualidade de vida dessa camada da população na sociedade. Não apenas focalizando as questões de doença, mas, no sentido da superação dos estigmas que

os/as cercam. Concebendo-os/as como sujeitos históricos, pleno de seus direitos individuais e coletivos, no qual essa efetiva concepção se insere as competências do Serviço Social.

TABELA 3
Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre
Integrada quanto a cor. João Pessoa – PB:
2021

COR	QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL
PARDA	08	57,4%
BRANCA	03	21,4%
PRETA	03	21,4%
TOTAL	14	100%

FONTE: Elaboração própria. 2021.

De acordo com a autodeclaração de cor: das pessoas entrevistadas, 57,4% se declarou ser de cor parda, 21,4%, se declarou branca e 21,4% se declarou preta.

Nesse indicador, foram utilizados os critérios do IBGE quanto a cor. Podemos visualizar que pessoas que se declararam pretas e pardas, somam mais de 75% do total. O IBGE pesquisa a cor ou raça da população brasileira com base na autodeclaração. Ou seja, as pessoas são perguntadas sobre sua cor de acordo com as seguintes opções: branca, preta, parda, indígena ou amarela. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2019, 42,7% dos brasileiros se declararam como brancos, 46,8% como pardos, 9,4% como pretos e 1,1% como amarelos ou indígenas. (IBGE, 2019)

As bases do processo histórico do Brasil imbrincado num contexto de séculos de escravidão, refletem um panorama atual que resultam no cotidiano das minorias, uma realidade de desigualdades e exclusão social. Segundo o IBGE,

[...]há maiores níveis de vulnerabilidade econômica e social nas populações de cor preta, parda e indígena. [...] Mercado de trabalho/cargos gerenciais, são ocupados por 68,6% por pessoas brancas e 29,9% por pessoas pretas ou pardas. Pessoas abaixo da linha pobreza, 15,4% são brancas e 32,9% são pretas ou pardas, segundo os dados. Quanto a educação, a taxa de analfabetismo entre pessoas brancas é de 3,9% e para pessoas pretas ou pardas, chega

a 9,1%. Entre as taxas de homicídio por 100 mil jovens, 34% vitimizam pessoas brancas e 98,5% de jovens assassinados/as são pessoas pretas ou pardas. Com relação a representatividade política, dos deputados federais, 24,4% são pessoas pretas ou pardas e 75,6% são pessoas brancas. Dados de 2018. (IBGE/PNAD,2019)

As desigualdades étnico-raciais possuem complexidades que se conforma a questão social, procedente do sistema opressor em que vivemos. As desvantagens históricas entre pessoas brancas e pretas/pardas, são reproduzidas no cerne de nossa sociedade de forma escandalosa e naturalizada, provocando abismos sociais que impedem que os/as cidadãos/ãs das minorias subjugadas obtenham oportunidades iguais que pleiteiem sua ascensão socio-econômica na sociedade. As múltiplas expressões da questão social, caracterizadas por essas anomalias disfuncionais ocasionadas pelo sistema capitalista, se estabelecem como objeto do Serviço Social para seu enfrentamento e superação cotidianos, contribuindo assim, para efetivação dos processos que concretizam ações na tomada de consciência dos indivíduos, incentivando a emancipação social dos sujeitos.

TABELA 4

Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto ao sexo. João Pessoa – PB: 2021

		QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL	TOTAL
SEXO	MASCULINO	08	57,1%	14
	FEMININO	06	42,9%	
IDENTIDADE DE GÊNERO	MASCULINO	08	57,1%	14
	FEMININO	06	42,9%	

FONTE: Elaboração própria. 2021.

Com relação ao sexo, 57,1% dos entrevistados homens, se declararam do sexo masculino e 42,9% das entrevistadas mulheres, se declararam do sexo feminino.

Por tanto, o mesmo percentual repetiu-se com o indicador de identidade de gênero, pois, todos/as os/as entrevistados/as relataram se identificarem com o sexo mencionado.

Segundo dados do IBGE, o nível de ocupação entre mulheres que têm filhos com até 3 anos de idade é de 54,6%, enquanto que entre os homens esse índice sobe para 89,2%. Tal dado, demonstra em grande parte, recai sobre as mulheres a tarefa de cuidar dos/as filhos e da casa, enquanto aos homens a liberdade de se dedicarem aos seus trabalhos.

Mais, a pesquisa do IBGE relata que, [...] entre as mulheres que integram o grupo de 20% da população com menores rendimentos, mais de 24 horas semanais foram consumidas por atividades voltadas para casa e aquelas com maiores rendimentos, esse tempo se reduz para pouco mais de 18 horas. semanais.

As diferenças salariais entre homens e mulheres em 2019 de acordo com o IBGE, indica que as mulheres receberam, em média, 77,7% do montante auferido aos homens. Quando os cargos possuem maiores ganhos, como gerência e direção as mulheres receberam 61,9% do rendimento dos homens. O estudo ainda aponta que a educação não é um determinante que atenua a desigualdade entre gêneros na sociedade, pois, as mulheres brasileiras são em média, mais instruídas que os homens.

A desigualdade de gêneros ainda impõe às mulheres uma realidade exaustiva de dupla jornada dentro e fora de suas casas, acima de tudo por vivermos numa sociedade essencialmente patriarcal, onde o homem ainda é visto como o detentor do poder de mando e de status, alicerçando e comandando grande parte da divisão social do trabalho, onde mulheres desempenham as mesmas funções dos homens, porém, ganham menos que eles. Tais expressões da questão social que se esboça no eixo da funcionalidade sistêmica do capitalismo, devem ser confrontadas no intuito de aniquila-las de nossa convivência societária na luta pela proteção social das minorias e da igualdade de gêneros.

TABELA 5

**Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre
Integrada quanto a religião. João Pessoa – PB:**

2021

RELIGIÃO	QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL
CATÓLICA	10	71,4%
EVANGÉLICA	03	21,42%
ESPIRÍTA	01	7,14%
TOTAL	14	100%

FONTE: Elaboração própria. 2021.

Quanto a religião, 71,4% informaram ser católicos/as, 21,42% evangélicos/as e 7,1% espírita.

Dados do IBGE em 2010, indicam que o número de evangélicos aumentou no país, cerca de 61,45% em 10 anos, porém a grande maioria segue sendo a católica que neste mesmo ano, representou 123,3 milhões brasileiros/as que relataram seguir a religião, representando 64,6% da população. Os/as espíritas representaram 3.848.876 da população, as religiões de matriz africanas representaram, 588.797 da população.

No Brasil, registrou-se desde 2018, um aumento significativo nos casos de intolerância religiosa. Em 2019 o número de denúncias subiu para 67,7% comparado ao ano anterior. Os/as adeptos/as das religiões de matriz africanas são os/as que mais sofrem injúrias e ataques. (O GLOBO, 2019).

O direito de todos/as praticarem suas crenças é constitucional em nosso país, tendo em vista que o Estado é laico e a intolerância religiosa é crime prevista na Lei 7716/89. Porém, a realidade atual se concebe de forma diferente, sendo o preconceito religioso deliberadamente disseminado no Brasil em falas de representantes políticos de ultradireita.

Construída a partir da perspectiva unilateral cristã, nossa sociedade ainda reproduz conceitos moralistas e conservadores que se tornam entre outros, obstáculos e entraves à plena liberdade de muitos/as praticarem suas religiões ou até mesmo experienciar qualquer contexto religioso que não os “aceitáveis” pela maioria. A defesa do Estado laico na garantia da liberdade das crenças, impedindo quaisquer discursos ou ações que colidam com esse direito, é uma responsabilidade coletiva na busca de um governo que não permita interferências religiosas nas decisões políticas.

TABELA 6
Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre
Integrada quanto a religião. João Pessoa – PB:
2021

GRAU DE ESCOLARIDADE	QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL
ENSINO MÉDIO	10	71,4%
FUNDAMENTAL	02	14,2%
SUPERIOR	01	7,1%
PÓS GRADUAÇÃO	01	7,1%
TOTAL	14	100%

FONTE: Elaboração própria. 2021.

Com relação ao grau de escolaridade, 14,2% disseram ter apenas cursado o ensino fundamental; 7,1% declarou ter nível superior; outros 7,1% informaram ter pós-graduação; e a grande maioria, 71,4%, respondeu que possuíam ensino médio.

Como podemos observar, neste indicador, que a maioria dos/as entrevistados/as possuem a escolaridade até o ensino médio. Embora a maioria possua a idade acima de 38 anos, conforme tabela 02.

A baixa escolaridade entre a população brasileira é uma realidade latente que se manifesta como uma expressão da questão social em nossa sociedade. Obviamente que existem correlações que se materializam na realidade e se tornam indissociáveis ao modo de produção capitalista, produzindo desigualdades e abismos sociais.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em 2019, a taxa de analfabetismo das pessoas de 15 ano ou mais de idade foi estimada em 6,6% (11 milhões de analfabetos/as). [...] a região nordeste tem a maior taxa de analfabetismo, 13,9%.

Ainda de acordo com a PNAD, no Brasil a proporção de pessoas de 25 anos ou mais de idade que finalizaram o ensino médio passou de 47,4% em 2018, para 48,8% em 2019. Um aumento discreto de pouco mais de 1%.

Para o pleno desenvolvimento da cidadania, ampliação da democracia e igualdade de oportunidades visando a garantia de direitos, é extremamente necessário que os investimentos públicos em educação se tornem uma realidade que possibilite a qualidade exponencial dessa política, pois, a mesma, se insere como o principal meio de mobilidade social, capaz de qualificar os cidadãos/ãs na busca do bem estar social e na ampliação de seu crescimento intelectual e econômico.

TABELA 7

Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto a ocupação/trabalho. João Pessoa – PB: 2021

		QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL	TOTAL
OCUPAÇÃO	APOSENTADO/A	05	35,7%	8/14 57,14%
	*PENSIONISTA	02	14,28%	
	F. PÚBLICO	01	7,14%	
FORMA DE INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	NÃO TRABALHA	05	35,7%	7/14 50%
	MERCADO FORMAL	01	7,14%	
	MERCADO INFORMAL	01	7,14%	

FONTE: Elaboração própria. 2021.

*dos pensionistas, 1 (um) declarou trabalhar informalmente.

Com relação a ocupação 35,7% declararam estarem aposentados/as, já os/as pensionistas, representam 14,28% dos/as entrevistados/as, 7,14% declarou ser funcionário/a público. Quanto a forma de inserção no mercado de trabalho, 35,7% declararam não estar trabalhando, seguido/a daqueles/as no trabalho formal com 7,14% e trabalho informal, também, com 7,14%.

De acordo com IBGE e segundo os dados do PNAD, a taxa de desemprego do Brasil no primeiro trimestre de 2021 chegou a 14,7%, o que representa 14,8 milhões de desempregados. O País alcançou uma taxa de informalidade de 39,7% no mercado de trabalho no trimestre até janeiro 2021, com 34,118 milhões de trabalhadores atuando informalmente.

As mudanças estruturais do capitalismo no mundo do trabalho, infligem panoramas que aguçam a precarização das forças de trabalho mediante a flexibilização dos vínculos empregatícios, provocando a desestabilização e o agravamento das desigualdades sociais, dizimando assim, a proteção social da classe trabalhadora. Contexto que incide sobre a plenitude do seu bem estar social e físico ao longo da vida, tendo em vista que as relações que se reproduzem nessa perspectiva de exploração do homem pelo homem, são permanentes e contínuos no modo de produção em que vivemos.

O desemprego é uma expressão da questão social, porém, constitui em sí, uma complexidade de ramificações que sobrepostas interligam outras incidências das quais, a violência, o tráfico de drogas, a prostituição, o abuso sexual de crianças e adolescentes, materialidade constitutiva do sistema capitalista. Dada a importância social das implicações à classe trabalhadora conforme o aguçamento dessa concretude, conceber os sujeitos envolvidos nessa dinâmica e propiciar-lhes uma visibilidade que busque correlacionar esse processo no real para além do superficial, auxilia minimamente na ascensão desses indivíduos no que se tange a dignidade humana.

TABELA 8

Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre

Integrada quanto a média de rendimento fixo. João Pessoa – PB:

2021

		QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL	TOTAL
MÉDIA DE RENDIMENTO FIXO	ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO	07	50%	10/14 71,42%
	ATÉ 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	02	14,28%	
	ATÉ 3 SALÁRIOS MÍNIMOS	01	7,14%	
NÃO POSSUEM RENDA FIXA		04	28,57%	4/14 28,57%
*DOS QUE NÃO POSSUEM RENDA E RECEBEM ALGUM BENEFÍCIO		03	21,42%	3/14 21,42%

FONTE: Elaboração própria. 2021.

*Estes, são os que declararam não estarem trabalhando no momento, não possuir renda fixa, mas, recebem algum benefício, até 1 salário mínimo.

Quanto ao rendimento fixo, 7,14% declararam receber mensalmente até 3 salários mínimos, 14,8% até 2 salários mínimos, 28,50% alegaram não possuir nenhuma renda fixa. Já os que recebem até 1 salário mínimo somaram 50% dos/as entrevistados/as.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), alerta sobre o agravamento exponencial dos índices de desemprego que aumentaram desde a pandemia do novo-Corona vírus. “O relatório explora três fatores que se repetem e retroalimentam o ciclo vicioso da alta desigualdade e baixo crescimento: concentração

de poder, violência em todas as suas formas e políticas de proteção social que pouco funcionam.” (PNUD, 2021)

Dados do IBGE que fazem parte da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Contínua (Pnad), mostraram que a renda domiciliar per capita do Brasil ficou em R\$ 1.380,00 em 2020. [...] O valor é 4,1% menor que o rendimento nacional nominal registrado em 2019, de R\$1.439,00

Atentamos nesse sentido para o expressivo número de pessoas que recebem até um salário mínimo e daqueles/as que não possuem renda, conforme tabela 8. De acordo com a pesquisa do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), a cesta básica no mês de maio do corrente ano, aumentou em 14 capitais. Com base na cesta básica mais cara que, e, maio, foi a de Porto Alegre, o DIEESE estima que o salário mínimo necessário deveria ser equivalente a R\$ 5.351,11 valor que corresponde a 4,86 vezes o piso nacional vigente, de 1.100,00.

A perda de direitos que se consolidam perante a funcionalidade do sistema capitalista redimensionando as ações do Estado, as expressões da questão social que se sucedem, como já exposto, nesse paradigma brutal à classe trabalhadora, resultam em instabilidades sociais que acarretam muitos prejuízos ao proletariado explorado e expropriado. Fatores conjunturais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde, que não se limitam ao fisiopatológico, mas, que vão além. Compreender os determinantes sociais da saúde se faz extremamente importante no trato com as demandas dos trabalhadores.

TABELA 9

Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada dos que recebem benefícios e dos que possuem dependentes financeiros. João Pessoa – PB:
2021

		QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL	TOTAL
DOS QUE SÃO BENEFICIADO S/AS, QUAL	BPC	01	7,14%	3/14
	BOLSA FAMÍLIA	01	7,14%	

BENEFÍCIO RECEBEM?	AUXÍLIO EMERGENCIAL	01	7,14%	21,42%
POSSUEM DEPENDENTES FINANCEIROS?	SIM	10	71,42%	10/14 71,42%
	NÃO	04	28,57%	
**MÉDIA DE DEPENDENTES FINANCEIROS	ATÉ 3 PESSOAS	07	50%	27/10 71,42%
	DE 4 A 6 PESSOAS	02	14,28%	
	DE 7 A 9 PESSOAS	01	7,14%	

FONTE: Elaboração própria. 2021.

*Dos 10 entrevistados/as que declararam possuir algum dependente, ao todo, somaram-se 27 dependentes. Uma média de 2,7 dependente por pessoa.

Segundo a tabela 08, 21,42% (3/14), recebem algum benefício, sendo eles: Bolsa Família, BPC e Auxílio emergencial. Dos que possuem dependentes somam-se 71,42% e os que não possuem dependentes, representam 28,57% do total. 50% dos/as entrevistados/as, possuem até 3 dependentes. 14,28% possuem de 4 a 6 dependentes e 7,14% possuem de 7 a 9 dependentes.

Conforme amostra dos dados do IBGE/PNAD, em novembro de 2020, 17,9 milhões de pessoas recebiam o benefício, pois, atendiam aos critérios do programa. Atualmente, esse número decaiu para 14,2 milhões, significando uma redução de 3,7 milhões de famílias que eixaram e receber, mesmo tendo direito. Isso ocorre devido a redução de investimentos pelo governo federal aos programas de distribuição de renda. (IBGE/PNAD, 2020)

Diante das leituras realizadas até este momento do projeto, podemos identificar também, de acordo com a tabela 09 que a conjuntura da sociedade no capitalismo, impõe reveses sobrepostos aos sujeitos que significam o assolamento da qualidade

de vida coletiva. Imbricações que afetam o ser em sua existência, dependendo este, da sua força de trabalho para sobreviver e dos serviços ineficientes do Estado para capacitá-lo/a novamente as atividades laborativas.

A realidade de injustiça social e perda de direitos cada vez mais acentuados na atualidade brasileira, devem ser questionados perante o poder público e seus representantes. Não devemos nos conformar com o contexto imposto pelo grande capital, tão pouco permitir que a falta de conhecimento das massas possibilite um prolongamento desse cenário. As demandas são dispostas no movimento das relações sociais e necessitam de acompanhamentos que para além do imediato, os/as insiram na sociedade como sujeitos de direitos e de consciência social. Para tanto, cabe o vislumbre da inserção do Serviço Social nos espaços que concebam essa aproximação no cerne dos movimentos das relações sociais.

TABELA 10
Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre
Integrada quanto as condições de moradia. João Pessoa – PB:
2021

		QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL	TOTAL
TIPO DE CASA	ALUGADA	05	35,71%	14
	PRÓPRIA	09	64,28%	
				100%

FONTE: Elaboração própria. 2021.

Dos que alegaram possuir residência alugada, somaram-se, 35,71% do total e aqueles que possuem casa própria, representam 64,28%.

De acordo com a tabela 10 e correlacionando-a com as tabelas 08 e 09, podemos observar que existem agravantes que incidem sobre a qualidade de vida dessas pessoas e como se concebe a sobrevivência dos mesmo/as diante de tais problemáticas, tendo em vista os baixos rendimentos, o número considerável de

dependentes e o custo com alimentação e aluguel, frente a um salário mínimo irrisório que não supre minimamente essas necessidades básicas.

O déficit habitacional do Brasil cresceu e chegou a 5,876 milhões de moradias em 2019. O indicador inclui domicílios precários, em coabitação e domicílios com elevado custo de aluguel. Regiões Norte e Nordeste são os que possuem maiores déficits. (G1. GLOBO, 2021)

O déficit habitacional, se estabelece como uma expressão da questão social, pois, longínqua do ideal muitas pessoas vivem em condições precárias e moradia por não terem condições financeiras. Após a pandemia do novo coronavírus essa disposição ficou mais aparente, evidenciando a rotina de vida de moradores, principalmente das comunidades, que amontoavam-se em cubículos para acomodar toda a família. Fator que certamente contribui para o aumento do risco de contágio e disseminação do vírus.

TABELA 11

Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto ao perfil dos moradores nos domicílios (idosos/as, com deficiência, com doenças crônicas) João Pessoa – PB: 2021

		QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL	TOTAL
*Nº DE MORADORES NAS RESIDÊNCIAS	ATÉ 3 MORADORES	05	35,71%	14
	DE 4 A 6 MORADORES	07	50%	
	DE 7 A 9 MORADORES	02	14,28%	100%

Nº DE MORADORES COM DEFICIÊNCIA	SIM	01	7,14%	1/14
	NÃO	13	92,85%	7,14%
IDOSOS NA RESIDÊNCIA	SIM	09	64,28%	9/14
	NÃO	05	35,71%	64,28%
QUANTOS/AS IDOSOS/AS NA RESIDÊNCIA	ATÉ 2 IDOSOS/AS	06	42,85%	6/9
	DE 3 A 4 IDOSOS/AS	03	21,42%	42,85%
**MÉDIA DE IDADE DOS IDOSOS NO NÚCLEO FAMILIAR	60 A 65 ANOS	06		3/9
	66 A 75ANOS	09		21,42%
	75 A 80 ANOS	01		
	ACIMA DE 80 ANOS	03		2,1 IDOSO/A POR FAMÍLIA
PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NA RESIDÊNCIA	SIM	11	78,57%	11/14
	NÃO	03	21,42%	78,57%
***QUANTAS PESSOAS COM DOENÇAS	ATÉ 1 PESSOA	04		18/11
	ATÉ 2 PESSOAS	07		

CRÔNICAS NA RESIDÊNCIA				1.6 pessoa com d. crônica por família
****PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NAS RESIDÊNCIAS	HIPERTENSÃO	15		25/18 1.3 DOENÇA CRÔNICA POR PESSOA
	DIABETES	04		
	ARTROSE/ ARTRITE	03		
	DOENÇAS RESPIRATÓRIAS/ CARDIOVASCULARE	03		

FONTE: Elaboração própria. 2021.

*Somaram-se um total de 49 moradores. Uma média de 3,5 morador por residência.

**Total de 19 idosos/as nos núcleos familiares, sendo uma média de 2,1 idoso/a por domicílio, que alega ter esse componente familiar.

***Total de 18 pessoas com doenças crônicas em seus núcleos familiares. Uma média de 1.6 pessoa por domicílio que alega possuir esse componente familiar.

****Das 11 pessoas que alegaram possuir um componente familiar com doença crônica, somaram-se um total de 25 doenças crônicas associativas em 18 desses membros. Média de 1.3 doença crônica por pessoa.

Quanto às residências e seus núcleos familiares, 35,71% afirmara possuir até 03 moradores em seus lares, 50% possuem de 04 a 06 moradores e 14,28% de 07 a 09 moradores em suas residências. 7,14% do total, possuem como componente familiar, pessoa com deficiência, sendo também, 7,14% possui 1 pessoa com deficiência no núcleo familiar. 64,28% declararam ter idosos em seus lares e 35,71% não possuir esse componente familiar. A média de idade dos idosos nesses lares, se estabeleceu da seguinte forma; 6 do total de idosos/as possui entre 60 e 65 anos, 9 entre 66 e 75 anos, 1 entre 75 e 80, 3 acima de 80 anos.

Já as pessoas com doenças crônicas nas residências, somaram, 78,57 % do total, contra 21,42% dos que alegam não possuir esse componente familiar.

Do quantitativo de pessoas com doenças crônicas, 4 disseram até 1 pessoa com doença crônica no núcleo familiar e 7, relataram até 2 pessoas com doença crônica como componente familiar. Das doenças crônicas dos núcleos familiares relatadas

foram; 15 pessoas com hipertensão, 4 pessoas com diabetes, 3 pessoas com artrose/artrite e 3 com doenças respiratórias e/ou cardiovasculares.

Como podemos perceber na tabela de número 11, há um considerável número de entrevistados/as que alega ter na residência, idosos/as e/ou pessoas com doenças crônicas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu saúde como um estado de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Nessa linha, entendemos que os determinantes que promovem a concepção de saúde psicofísico social dos indivíduos, requer uma alimentação saudável, um ambiente de moradia saudável, afazeres culturais e de lazer que lhes proporcionem bem estar.

Na contramão do exercício dessas necessidades, estão as limitações impostas pelo sistema capitalista à classe trabalhadora. Haja vista, as disposições de exploração que afetam o modo como as pessoas vivem em seus meios, determinando qual saudáveis são, infringindo uma visão de saúde ampliada, como já aludido.

As ações que viabilizem projetos e programas do Serviço Social na saúde, próprias de suas competências, possuem uma importância crucial para trazer a luz das reflexões os questionamentos sobre as condições de vida à população. Inquietar o indivíduo sobre sua própria existência em sua rotina, é instigar novas visões sobre melhores hábitos e suas possibilidades de acordo com a realidade individual. Associado a isto, inquieta-lo no sentido da consciência do papel de responsabilidade do Estado sobre sua condição, propiciando dessa maneira, a autonomia dos sujeitos frente a essa lógica capitalista.

TABELA 12

Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto a frequência de comparecimento à USF. João Pessoa – PB: 2021

QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL	TOTAL
------------------	------------	-------

FREQUÊNCIA DE COMPARECIMENTO PARA ATENDIMENTOS NA USF (0 A 10)	0 A 3	07	50%	14 100%
	4 A 6	02	14,28%	
	7 A 10	05	35,71%	

FONTE: Elaboração própria. 2021.

No que diz respeito a frequência com que os/as entrevistados/as comparecem à USF para a utilização de seus serviços, 0 a 3 representaram 50%, de 4 a 6, 14,28% e de 7 a 10, 35,71%.

De acordo com a tabela 12, mais de 60% dos/as entrevistados têm uma frequência de baixa a média aos serviços da referida unidade. Como participante observadora, associa a esta baixa assiduidade a rotina interna da unidade ser maçante, pois, é demasiadamente restrita aos atendimentos, salvo, durante ações pontuais, como as que são desenvolvidas pelos estagiários, não se estendendo a rotina da equipe. A sala de espera da USF limita-se ao termo. Esperar.

Diante deste fato, podemos afirmar que a inserção do Serviço Social nessas instituições se mostra como extremamente relevantes, pois, tal realidade deve-se ser problematizada para conseguir então, superá-la. Esses espaços são propícios à população no sentido de acolhimento, promoção de debates, ações participativas, fluxo das informações na busca dos direitos. Instrumentos técnicos da profissão capazes de melhorar a qualidade dos atendimentos, como também a compreensão da população sobre saúde no seu contexto ampliado, fazendo com que os/os mesmos/as, não limitem seu comparecimento à unidade de saúde apenas aos acometimentos estritamente físicos.

TABELA 13

Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada sobre vida saudável estar apenas associada ao bem estar físico.

João Pessoa – PB:

2021

		QUANTIDADE N°	PERCENTUAL	TOTAL	
NA SUA OPINIÃO, TER UMA VIDA SAUDÁVEL SIGNIFICA, APENAS ESTAR BEM FISICAMENTE? **JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA	NÃO	12	85,71%	.	
	SIM	02	14,28%	14 100%	
		JUSTIFICATI VAS	QUANTIDADE N°	PERCENTUAL	TOTAL
*JUSTIFICATIVA S DAS RESPOSTAS	NÃO	PSICOLÓGICO E FINANCEIRO BEM PRA TER SAÚDE ALÉM DO FÍSICO	06	42,85%	
		SAÚDE FÍSICA E MENTAL PARA ESTAR BEM	04	28,57%	
		FAZER O BEM PRA ESTAR BEM	01	7,14%	
		SAÚDE ESPIRITUAL TAMBÉM É IMPORTANTE	01	7,14%	

	SIM	APENAS FAZER EXERCÍCIO É IMPORTANTE PRA SE TER SAÚDE	02	14,28%	14	100%
--	-----	--	----	--------	----	------

FONTE: Elaboração própria. 2021.

*As pessoas que alegaram que sim, associaram essa compreensão devido a acharem importante a atividade física como elemento principal ao bem estar. Os/as que discordaram, afirmaram principalmente da necessidade do indivíduo ter múltiplas situações satisfeitas além do cuidado físico para se ter saúde, como, estar bem financeiramente, psicologicamente, mentalmente, ter uma boa alimentação, ter um estado de paz e tranquilidade com os outros.

Ao serem questionados/as sobre suas opiniões sobre a condição de saúde estar associada apenas ao aspecto físico, os/as entrevistados/as responderam da seguinte forma; 85,71% acreditam que não e 12,28% acreditam que não.

Das justificativas, 42,85% ter saúde também significa estar bem psicologicamente e financeiramente, 28,57% disseram que estar bem mentalmente também é saúde, 7,14% alegou que fazer o bem também é estar saudável e 7,14% relatou que além de fisicamente tem que estar bem espiritualmente para se ter saúde.

Dos que alegaram que ter saúde é apenas estar fisicamente bem, relataram que unicamente fazer exercícios físicos são essenciais para se ter saúde.

Como podemos analisar de acordo com a tabela 13, quase 86% das pessoas entrevistadas afirmaram que saúde não é apenas o bem estar físico, compreende outras dimensões que correlacionadas influenciam o estado de saúde dos seres humanos. O meio em que vivem e as exigências que ditam seus deveres na sociedade comportam responsabilidades que exigem respostas congruentes e quando isso não ocorre, podem ocasionar prejuízos que refletem sobre a saúde. O que sucede nessa conjuntura capitalista para a classe trabalhadora. Pois, como já explicitado, a Organização Mundial da Saúde (OMS), define saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença.

TABELA 14

Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada quanto ao nível de entendimentos gerais sobre o que se trata o

**desempenho das funções do/a assistente social e sua importância na
composição da referida USF. João Pessoa – PB:
2021**

		QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL	TOTAL
VOCÊ CONHECE A PROFISSÃO DESEMPENHADA POR ASSISTENTES SOCIAIS?	SIM	05	35,71%	
	NÃO	05	35,71%	
	UM POUCO	04	28,57%	14 100%
CONSIDERANDO SEU ENTENDIMENTO SOBRE A FUNÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL, ACREDITA TER NECESSITADO DO ATENDIMENTO DESSE PROFISSIONAL EM ALGUM MOMENTO?	SIM	02	22,22%	9/14 64,2%
	NÃO	07	77,77%	

DE ACORDO COM O SEU ENTENDIMENTO O QUE O/A ASSISTENTE SOCIAL FAZ	AJUDAR AS PESSOAS	04	44,44%	
	AJUDAR O PACIENTE	01	11,11%	
	SOLUCIONAR PROBLEMAS NOS LOCAIS	01	11,11%	
	AJUDAR AS FAMÍLIAS EM HOSPITAIS	01	11,11%	
	DAR APOIO PSICOLÓGICO	01	11,11%	9/14
	ATUA NA INTEGRAÇÃO SOCIAL E INTERVENÇÃO	01	11,11%	
QUAL A IMPORTÂNCIA PARA VOCÊ DE ASSISTENTES SOCIAIS COMPOR A EQUIPE DA USF TORRE INTEGRADA (0 A 10)	09	01	11,11%	
	10	08	88,88%	9/14
				64,2%

A QUE ASSOCIA A IMPORTÂNCIA DO/A ASSISTENTE SOCIAL COMPOR A EQUIPE DA USF TORRE INTEGRADA	AJUDA PARA POPULAÇÃO	03	33,33%	
	EXPLICAÇÃO DAS COISAS NOS LOCAIS	01	11,11%	
	INTERVENÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMA DE BASE SOCIAL	01	11,11%	
	PROFISSÃO IMPORTANTE PARA A SOCIEDADE	01	11,11%	
	ACONSELHAMENTO NOS PROCEDIMENTOS	01	11,11%	
	FACILITAÇÃO DAS COISAS NOS LOCAIS	01	11,11%	
	TERÍAMOS A QUEM RECORRER	01	11,11%	
				9/14
				68,2%

FONTE: Elaboração própria. 2021.

Ao serem indagados/as sobre o nível do conhecimento com relação a profissão desempenhada por assistentes sociais, os percentuais se apresentaram da seguinte forma; 35,71% responderam que sim, 35,71% responderam que não e 28,57% responderam que conhecem um pouco.

Dos que afirmaram ter algum nível de conhecimento da profissão (09), os/as entrevistados/as foram questionados sobre se em algum momento de suas vidas necessitaram da intervenção desse/a profissional; 22,22% disseram que sim e 77,77% disseram que não.

Os entrevistado/as foram questionados/as sobre o que especificamente entendiam do desempenho da profissão do/a assistente social. 44,4% afirmaram que

esses profissionais ajudam as pessoas, 11,11% disse que assistentes sociais ajuda pacientes e familiares em hospitais, 11,11% acreditam que assistentes sociais auxiliam na explicação e orientação nos locais, 11,11% dá informações sobre as internações em hospitais, 11,11% atua na integração e intervenção social.

Sobre a o nível de importância para os/as entrevistados/as do/a assistente social compor a equipe multidisciplinar da USF Torre Integrada; sendo 0 para nenhuma importância e 10 para muito importante.

Dos/as 09 entrevistados/as, 8 deram importância 10 (dez) e 1 importância 9 (nove).

E por fim, questionamos a que os/as entrevistados/as associavam suas notas á importância do/a assistente social compor a equipe da USF Torre Integrada. 33,33% informaram que devido a esse/a profissional ajudar a população, seguido de ,explicação das coisas nos locais 11,11%, intervenção resolução de problemas de base social 11,11%, profissão importante para a sociedade 11,11%, aconselhamento nos procedimentos 11,11%, facilitação das coisas nos locais, teríamos a quem recorrer 11,11%.

Para análise da tabela 14, iremos discorrer sobre alguns pontos que precisam ser revisitados para a compreensão desses dados. A forma de inserção do Serviço Social na saúde, se deu de forma emergencial e num período que a profissão não disponha de arcabouço técnico á luz de um projeto societário em defesa da classe trabalhadora. Suas bases assistenciais religiosas, de certa forma, influenciaram nas primeiras atividades institucionais na área da saúde. Como perceptível na leitura desta tabela, podemos perceber que o conhecimento das pessoas sobre o Serviço social ainda persiste até os dias atuais na associação de ajuda ao próximo.

Embora reconheçam em sua maioria a importância do Serviço Social compor a equipe da USF Torre Integrada, os/as entrevistados/as não conseguem explicar as reais razões a que isso se agrega. Pois, não entendem sobre qual seu papel na sociedade, apenas pontuam necessitar da profissão para resoluções imediatas de seus problemas, desconhecendo a origem dos mesmos. Demandas que se mostram inerentes á realidade societária ao qual estão postos e por tanto, inflexionam para a limitada satisfação de uma conclusão pífia e superficial, perante a opulência do entendimento de seu protagonismo enquanto ser social.

É nesse cerne que pleiteia-se a atuação do/a assistente social nos espaços institucionais, para além das exigências próprias das demandas existentes, mas

também, na construção de superação dos condicionantes que impedem a autonomia social dessas pessoas. No reconhecimento desses elementos determinantes que sobrepujam a realidade não aparente, objetivando o âmago do problema é que se constrói uma sociedade democrática socialmente mais justa.

TABELA 15

Dados de Identificação dos/as Usuários Entrevistados/as na USF Torre Integrada sobre a quem recorrem quando algum direito ou serviço lhe é negado na USF. João Pessoa – PB: 2021

		QUANTIDADE Nº	PERCENTUAL	TOTAL
QUANDO UM SERVIÇO OU DIREITO LHE É NEGADO NA USF TORRE INTEGRADA, A QUEM RECORRE?	NÃO TEM DIFICULDADES OU NEGAÇÕES	06	42,85%	14 100%
	NINGUÉM	05	35,71%	
	AGENTE DE SAÚDE	02	14,28%	
	MÉDICO/A	01	7,14%	

FONTE: Elaboração própria. 2021.

Sobre a quem recorriam ao terem seus direitos negados na Usf em questão, as respostas transcorreram da seguinte forma; 35,71% recorriam a ninguém, 14,28% ao/a agente de saúde, 7,14% ao/ médico/a e 42,85% não tem dificuldades ou negações dos serviços na unidade.

Conforme a tabela de número 15, os/as entrevistados/as que relatam não recorrem a ninguém quando seus direitos ou serviços são negados é um percentual bastante expressivo. O que significa pra nós, que não existe para essas pessoas, sequer, um/a profissional de referência que eles/as possam recorrer caso necessitem. Uma configuração agravante no acolhimento e rotina dos serviços na referida unidade

de saúde, pois, conclui-se que a depender da necessidade desses indivíduos, pode ocasionar uma piora da situação a médio ou a longo prazo.

O compromisso com os/as usuários do SUS fundamento nos princípios do Código de Ética da profissão que permita a qualidade dos serviços públicos e a garantia no acesso aos direitos se concerne a atuação do Serviço Social, a partir de uma visão crítica e fundamentada teoricamente, cabendo assim a esse/a profissional de acordo com artigo 5º,

[...]São deveres do/a assistente social nas suas relações com os/as usuários/as: a- contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; b- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos/as usuários/as, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos/as profissionais, resguardados os princípios deste Código; c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as; d- devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos/às usuários/as, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses; e- informar à população usuária sobre a utilização de materiais de registro audiovisual e pesquisas a elas referentes e a forma de sistematização dos dados obtidos; 30 Código de Ética f- fornecer à população usuária, quando solicitado, informações concernentes ao trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e as suas conclusões, resguardado o sigilo profissional; g- contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os/as usuários/as, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados; h- esclarecer aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional. (CFESS, 2012)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As proposituras inerentes a estruturação desse Trabalho de Conclusão de Curso foram alusivas à reflexão sobre a abrangência e a qualidade dos serviços dispostos pelas equipes nas Unidades de Saúde da Família às demandas referentes a “questão social”, mais especificamente na Usf Torre Integrada (que se destaca como *lócus* de nossa investigação, base essencial para o desenvolvimento de nossas análises), haja vista, a ausência do/a profissional assistente social na composição integrativa desses espaços nos territórios, junto a população.

Considerando a definição do que é saúde segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e os impactos dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), trouxemos uma compreensão da dimensão de saúde para além das necessidades orgânicas dos sujeitos adoecidos e como essa concretude no cerne da questão social proveniente do sistema capitalista, por vezes, reflete sobre as relações sociais entre profissionais da saúde pública e classe trabalhadora, no que se refere as objetividades e subjetividades envolvidas e as respostas assertivas na busca da qualidade e da abrangência dos serviços e da proteção social.

Para tanto, elaboramos um projeto de pesquisa, que apresentasse estruturas elementares que dessem respostas às nossas inquietações que se reproduziam no real, sendo este, nosso objeto de estudo, já aludido. As observações advindas e possibilitadas por essa produção, permitiram por meio de entrevistas semi-estruturadas com as profissionais de saúde e os/as usuários/as da USF Torre Integrada, a fundamentação das nossas sínteses acerca da discussão proposta.

Esse panorama expressa-se nos principais resultados obtidos por nosso estudo, que se concebem como imprescindíveis para a analogia conjuntural que intencionamos até então e que parcialmente iremos explaná-los; no tocante ao entendimento das profissionais de saúde (agentes de saúde e médica) da USF Torre Integrada sobre seus entendimentos acerca da questão social. As respostas, de modo geral, demonstraram um conhecimento limitado e tímido das profissionais sobre tal questionamento, ainda, ao serem indagadas com relação ao entendimento das participantes sobre seus conhecimentos no que diz respeito aos determinantes sociais de saúde e suas expressões. As mesmas, manifestaram em suas respostas, um conhecimento quase irrelevante e/ou equivocado sobre a pergunta.

De acordo com os dados que obtivemos perante as respostas dadas das profissionais de saúde a essas duas questões, avaliamos em oportuno, qual se esboça ao nosso ver, que essa problemática factual deve ser pertinente de averiguações para sua superação, tendo em vista a importância desse tipo de sapiência para esses sujeitos, na compreensão do conjunto de contradições que envolvem a relação trabalho/capital e as consequências que reverberam na reprodução social da classe trabalhadora e que incidem sobre sua saúde.

A assistente social contribuinte de nossas análises, expôs suas vivências profissionais na rotina de sua profissão, destacando, entre outros, a numerosa demanda existente para o Serviço Social na atenção básica. Tendo em vista, que a mesma, é a única referência para as unidades de saúde nos territórios do Distrito Sanitário V, refletimos sobre qual adverso essa realidade pode se colocar às demandas sociais existentes e qual o nível da qualidade dos serviços prestados da referida profissional a esses/as usuários/as, diante desse impasse.

Por fim e não menos importante, demos prosseguimento às nossas investigações, atribuindo indagações aos usuários/as pertencentes ao território e/ou acompanhados/as pela USF em questão, afim de nos aproximarmos de suas realidades, para dessa forma dar respostas às nossas inquietações.

Destaca-se dessa forma, o alto número de desempregados/as entrevistados/as que alegaram apenas receber algum benefício até 1 salário mínimo, chegando a 35,7% do total, e desses, 28,57% não possuem nenhuma renda fixa mensal. Apesar de estarem postos a demanda inerente para o Serviço Social, tendo em vista suas condições na sociedade, sendo esta, uma expressão da questão social, 35,7% disseram não conhecer a profissão e daqueles que responderam ter algum nível de conhecimento (64,28%), apenas 11,11% desse total, conseguiu se aproximar do conceito sobre as atribuições do/a assistente social.

Avaliamos que esses extremos, dada, a efetiva demanda versus a inércia aos serviços da profissão, convergem pra um cenário de lacunas acerca da facilitação de direitos na medida em que se estabelece uma certa acomodação por parte dos sujeitos a essa realidade, a concebendo como consequência de qualquer outrem, sem questionar a centralidade de seu infortúnio. Pois, as expressões da questão social se dinamizam no movimento das relações sociais e tanto interferem, como restringem os indivíduos de seu pleno bem estar social, circunstâncias peculiares ao capitalismo e às tensões entre proletariado e burguesia.

Dito isto, destacamos que no intento de atingir os objetivos propostos neste trabalho, que teve como principal aporte norteador: levantar o conjunto de expressões da questão social no âmbito do território onde se localiza a USF Torre Integrada; identificar as mediações entre as expressões da questão social e a atenção à saúde da população atendida pela USF Torre Integrada; identificar as demandas existentes no território da USF Torre Integrada pertinentes ao Serviço Social; identificar junto aos/as profissionais da USF Torre Integrada mediante a realidade de seus atendimentos, a importância da atuação direta de assistentes sociais nesses espaços; verificar se nos processos de trabalho interno da USF Torre Integrada existem atividades que contemplem a atenção à saúde no aspecto social, sinalizada pelo conceito de saúde da OMS; e investigar junto aos usuários/as da USF Torre Integrada como se dá a atenção à saúde, no tocante a dimensão do bem-estar, sinalizada pelo conceito de saúde da OMS.

Partimos do pressuposto de que no território onde se encontra localizada a Unidade de Saúde da Família Torre Integrada, estão postas cotidianamente um conjunto de expressões da questão social, que se firmam como determinantes sociais da saúde e que requisitam, na medida de uma compreensão ampliada de saúde, estabelecida pela OMS, definindo que um estado completo de saúde devem considerar o bem estar físico, mental e social do ser humano, onde, nesse contexto, se materializa a atuação efetiva de assistentes sociais.

Ainda, sinalizamos como um segundo pressuposto de nossa pesquisa que a inserção de assistentes sociais nas equipes de Unidades de saúde da Família, incide no entendimento de que a concretude das relações sociais dinamizadas no cotidiano/ambiente das USF's junto a população é um componente facilitador na identificação das múltiplas expressões da questão social, no intento de dar respostas efetivas a tais demandas, considerando o exercício ao direito à saúde pela população na busca dos seus direitos.

Dessa forma, diante da consolidação de nosso processo de investigação, coleta e análise de dados, podemos confirmar que mediante nossa leitura as inquietações/problemas levantadas nos pressupostos da pesquisa se evidenciaram como reais no cotidiano da amostra populacional e diante de toda averiguação levantada, é fatídica a corroboração que a princípio dispusemos.

Concluimos assim, que os questionamentos formulados pelo estudo encontraram ressonância na apreensão da realidade concreta dos sujeitos, aludindo

a isto, as determinações estruturais do fenômeno pesquisado. Ressaltamos ainda, a importância que tal disposição traz enquanto contribuição, na perspectiva do conhecimento acerca das especificidades do cotidiano da classe trabalhadora e qual se concebe as Unidades de Saúde da Família como um ambiente propício voltada para o bem estar da população e atuação do/a assistente social. Contudo, salientamos que a investigação acerca da temática ora pesquisada não se esgota, pois, tudo está em constante movimento, assim, sempre haverá novos elementos a serem aprofundados.

Por conseguinte, dada a importância que se apresenta no cerne da conjuntura territorial a que se manifesta o cotidiano das relações sociais e tem como referência em saúde às USF's, sugerimos que novos delineamentos de pesquisas efetivem uma visibilidade mais específica do perfil populacional desses lugares e que adido a isto, com uma leitura mais aprofundada dos sujeitos, desenvolvam-se projetos e ações pontuais na busca das respostas às necessidades mais urgentes, que por ora, estão subentendidos á uma organicidade pouco eficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, M. (2016). *Território, Política Social, e Serviço Social*. Campinas: Papel Social.

AGUIAR, Z. O. (2015). *SUS Sistema Único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari.

ALMEIDA, C. (acessado em 08 de JUN de 2021). <https://oglobo.globo.com/>.
Fonte: O GLOBO: <https://oglobo.globo.com/economia/apesar-de-serem-maioria-no-setor-de-saude-mulheres-em-cargos-de-chefia-ganham-37-do-salario-dos-homens->

BRASIL. (acessado em 19 de MAR de 2021). Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família. *BVSMS*, p. 09 a 24.

BRAVO, M. (2013). *Saúde e Serviço Social no Capitalismo*. São Paulo: Cortez.

BRAVO, VASCONCELOS, GAMA, & MONNERAT. (2012). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez.

BUSS, P., & FILHO, A. P. (acessado em 28 de JUN de 2021). *SCIELO BRASIL*. Fonte: SCIELO.BR: <https://www.scielo.bra/j/>

CFESS. (2010). *Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais*. Brasília: CFESS/CRESS.

CFESS. (2012). *Código de Ética do/a Assistente Social LEI 8662/93 de regulamentação da profissão*. Brasília: CFESS.

CNS, M. D. (acessado em 10 de Mai de 2021). [bvsms.saude.gov.br/](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Fonte: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

DIEESE. (acessado em 05 de JUN de 2021). *DIEESE Pesquisa Nacional na Cesta básica de alimentos*. Fonte: [dieese.org.br](https://www.dieese.org.br): <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica>

DUARTE, M., ALMEIDA, C., MONNERAT, G., & SOUZA, R. (2014).

POLÍTICA DE SAÚDE HOJE: Interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas: Papel Social.

FORTI, V., & COELHO, M. (2015). *PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: Construções á sua crítica*. Rio de Janeiro: Lumen Juris.

G1.GLOBO renda percapita foi de 1380 diz, i. (acessado em 10 de JUN de 2021). *G1 economia*. Fonte: g1.globo.br:
<https://www.google.com/amp/s/g1.globo.com/google/amp/economia/noticia/2021/02/06/renda-domicilio-per-capita-foi-de-1380-em-2020-diz-ibge>

HERNANDEZ, E., & VIEIRA, L. (acessado em 04 de JUN de 2021). *ANESP*.
 Fonte: anesp.org.br: www.anesp.org.br

IAMAMOTO, M. V. (2007). *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho, e questao social*. São paulo: Cortez.

IAMAMOTO, M., & CARVALHO, R. (1983). *Relações Sociais e Serviço Social*. São Paulo: Cortez.

IBGE. (acessado em 27 de ABR de 2021). *Biblioteca.ibge.gov.br*
Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Fonte: IBGE:
<https://biblioteca.ibge.gov.br>

IBGE. (acessado em 15 de MAI de 2021). *PREVIVA Envelhecimento Populacional*. Fonte:
 PREVIVA.COM.BR: <https://previva.com.br/envelhecimento-populacional-gestores-saude>

MARX, K. (1988). *O Capital. Crítica da Economia Econômica*. Rio de Janeiro: Símbolo.

MOTA, B. (acessado em 19 de ABR de 2021). *epsjv.fiocruz*. Fonte: FIOCRUZ:
<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>

NETTO, J. (2012). *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez.

NETTO, J. P. (2009). *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez.

PNAD, B. p. (acessado em 07 de MAR de 2021). *IBGE educa jovens*. Fonte:
educa.ibge.gov.br: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conhece-o-brasil/populacao>

PNUD, B. (acessado em 23 de MAI de 2021). *PNUD Em uma armadilha: alta desigualdade e baixo crescimento na América Latina e no Caribe*. Fonte:
br.undp.org:
<https://www.br.undp.org/content/brazilpt/homepresscenter/articles/2020/em-uma-armadilha--alta-desigualdade-e-baixo-crescimento-na-ameri.html>

SANTOS, M. (2002). *A natureza do espaço*. São Paulo: EDUSP.

SANTOS, M., SOUZA, M., & SILVEIRA, M. (. (2000). *Território, globalização e Fragmentação*. São Paulo: ANPUR.

Saúde, M. d. (acessado em 10 de ABR de 2020). *Casa Civil*. Fonte: Gov.br: <https://www.gov.br/>

SAÚDE, M. D. (acessado em 12 de MAI de 2021). *aps.saude*. Fonte: MINISTÉRIO DA

SAÚDE: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>

SENRA, R. (acessado em 18 de JUN de 2021). *BBC.COM*. Fonte: BC NEWS: <https://www.bbc.com/portuguese/geral>

VASCONCELOS, A. M. (2021). Profissionais da Saúde, ética profissional e seguridade social. Em M. BRAVO, A. GAMA, & G. (. MONNERAT, *Saúde e Serviço Social* (p. 50 a 76). 2012: Cortez.

WRIGHT, J. B. (acessado em 06 de JUN de 2021). *jornalcontabil.com.br* . Fonte: Rede Jornal Contábil:

<https://www.google.com/amp/s/www.jornalcontabil.com.br/bolsa-familia-esta-deixando-de-tender-37-milhoes-delares-comdireito-as-beneficio>

APÊNDICE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL

**Roteiro de Entrevista dirigido aos/as profissionais que atuam na
USF Torre Integrada**

Entrevista n. _____

1. Sua idade? _____
2. Sexo: _____
3. Identidade de Gênero: _____
4. Qual o seu grau de escolaridade? _____
5. Possui outra formação? _____ Se sim, qual?

6. A quanto tempo você atua como profissional da USF Torre Integrada?

7. Qual profissão você desempenha na USF Torre Integrada?

8. O que você entende por questão social? Poderia apontar algumas de suas expressões que você considera ter visualizado junto aos/as usuários/as?
9. É possível identificar no cotidiano do seu trabalho na USF Torre Integrada expressões de pobreza e de extrema pobreza dos/as usuários/as? Se sim, quais?

10. O que você entende por determinantes sociais da saúde? Pode apontar algumas de suas expressões?

11. Você avalia que esses determinantes sociais interferem no processo de saúde-doença?

() Sim. Na sua avaliação de que forma?

() Não. Na sua avaliação de que forma?

11 De acordo com sua experiência de aproximação com usuários/as no território da USF Torre Integrada, quais destas situações especificamente você observou: *Violência nos termos ampliados considerados pela legislação, sendo; psicológica, moral, patrimonial, sexual e física.

- a) Violência contra mulheres ()
- b) Violência contra crianças ()
- c) Violência contra adolescentes ()
- d) Violência contra pessoa LGBTQIA+ FOBIA ()
- e) Violência contra pessoa idosa ()
- f) Racismo
- g) Situação de abandono idoso/a ()
- h) Situação de abandono crianças ()
- i) Situação de abandono de incapaz ()
- j) Situação de abandono de pessoas em uso de álcool e outras drogas ()
- l) Intolerância Religiosa ()

Outros/as:

12 Você conseguiu requisitar um profissional assistente social no NASF para acompanhar devidamente as expressões da questão social acima mencionadas no território USF Torre Integrada?

Nunca ()

Quase sempre ()

Às vezes ()

Sempre ()

13 Obteve êxito nessa requisição? _____

Se não, qual o motivo?

14 A demanda foi satisfatoriamente respondida? _____

Se não, por qual motivo?

15 Na sua opinião, no desenvolvimento das atividades internas da USF Torre Integrada, com que frequência são efetivadas ações que objetivem a exposição e/ou orientação de direitos sociais e bem-estar social em saúde, preconizado pela OMS junto aos usuários?

Nenhuma frequência ()

Quase nunca ()

Pouca frequência ()

Muita frequência ()

16 Numa escala de 0 a 10, na sua opinião, de acordo com suas experiências enquanto profissional, qual o grau de importância do/a profissional assistente social compor a equipe multidisciplinar da USF Torre Integrada para atender as demandas sociais existentes? Sendo 0 para nenhuma importância e 10 para muito importante. _____

Justifique sua resposta:

17 Considerando a resposta anterior, como você avalia a ausência desse/a profissional na equipe interdisciplinar para o atendimento junto aos/as usuários/as atendidos na USF Torre Integrada? Sendo 0 para não trazer nenhum prejuízo e 10 para acarreta em muitos prejuízos para os processos de trabalho na referida Unidade. _____

Justifique sua resposta:

18 Observações gerais da pesquisadora:



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL

Roteiro de Entrevista dirigido aos/as usuários da USF Torre Integrada

Entrevista n. _____

1. Qual sua idade? _____
2. Qual sua cor? _____
3. Etnia _____
4. Sexo _____
5. Identidade de Gênero _____
6. Religião _____
7. Qual seu grau de escolaridade? _____
8. Profissão _____
9. Está trabalhando? _____
10. Caso sim,

() Mercado formal?
() Mercado Informal?
11. Você possui alguma renda familiar mensal fixa? Sim ou não? _____
12. Caso sim, em torno de quanto?

() Até 1 salário mínimo
() Até 2 salários mínimos
() 3 salários mínimos ou mais.
13. Recebe algum benefício assistencial? _____
14. Se sim, qual? _____
15. Considerando os que declararam não possuir renda mensal fixa, de acordo com a resposta anterior, comente sobre como se dá seu sustento mensal.

16. Quantas pessoas dependem financeiramente de sua renda?

17. Sua residência é própria ou alugada?

18. Possui quantos/as moradores/as?

19. Há alguma pessoa com deficiência na residência?

20. Se sim, quantas e qual/is tipo/s de deficiência?

21. Há idosos na residência? _____

22. Quantos e idades? _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

23. Há pessoas com doenças crônicas na residência? _____

24. Quantas e quais doenças? _____ /

25. Numa escala de 0 a 10, com que frequência você costuma ser atendido/a na USF Torre Integrada? Sendo 0 para nenhuma frequência e 10 para muita frequência. _____

26. Você conhece toda a equipe (médica, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem, acs) de saúde que lhe acompanha na USF Torre Integrada?

a) Não conheço () c) Conheço quase todos/as ()

b) Conheço apenas alguns () d) Conheço todos/as ()

27. Na sua opinião, ter uma vida saudável, significa apenas estar fisicamente bem? Sim ou não? _____

Justifique sua resposta _____

28. Você conhece a profissão desempenhada por assistentes sociais? Já foi atendido/a por algum assistente social? Sim ou não? _____

29. Se sim, de acordo com seu entendimento, o que o/a assistente social faz?

30. Considerando a resposta anterior, você acredita por alguma razão que já precisou do atendimento de um profissional assistente social? Sim ou não?

31. Se sim, porque?

32. Numa escala de 0 a 10, na sua opinião, qual o grau de importância do/a profissional assistente social compor a equipe da USF Torre Integrada? Sendo 0 para nenhuma importância e 10 para muito importante. _____

33. Justifique sua resposta:

34. Quando há necessidade de o/a senhor/a ter acesso a algum serviço ou direito na no USF Torre Integrada e lhe é negado/dificultado a quem recorre?

35. Na sua opinião o atendimento prestado pela USF Torre Integrada é de qualidade e atende as suas necessidades? _____

Justifique sua resposta

36. Caso não, quais as necessidades apresentadas pelo/a senhor/a à USF, que não foram ou não são atendidas?

37. Quando essas necessidades não são atendidas a quem o/a senhor/a recorre?

38. O/a senhor/a já passou por algum tipo de constrangimento na USF Torre Integrada durante o atendimento? _____

Caso sim, qual/is?

39. O que foi feito diante de tal situação?

40. Observações gerais da Pesquisadora:



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
COORDENAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL

**Roteiro de Entrevista dirigido a Assistente Social NASF que atua na
USF Timbó**

Entrevista n. _____

1. Qual sua idade? _____
2. Sexo _____
3. Identidade de gênero? _____
4. Em que ano você se formou em Serviço Social? _____
5. Onde realizou a sua graduação?

6. Possui Pós-graduação? _____
Se sim, qual/is?
() Especialização lato Sensu?
() Mestrado
() Doutorado
7. A quantos anos você atua na atenção básica como assistente social?

8. Considerando se tratar de uma assistente social NASF, numa escala de 0 a 10, com que frequência você considera ter desenvolvido suas competências/atribuições, quando solicitada, em outras unidades de saúde. Sendo 0 para nenhuma frequência e 10 para muita frequência _____
9. Com relação às demandas sociais internas à Unidade de Saúde da Família e território que você atua, numa escala de 0 a 10, com que frequência os

atendimentos do serviço social são requisitados? Sendo 0 para nenhuma frequência e 10 para muita frequência. _____

10. Quais as condições éticas e técnicas para a sua atuação junto às demandas advindas das USFs?

De acordo com a resolução 493/06 CFESS enquanto assistente social adequado a tais condições de trabalho?

- a- iluminação adequada ao trabalho diurno e noturno, conforme a organização institucional ()
- b- recursos que garantam a privacidade do usuário naquilo que for revelado durante o processo de intervenção profissional ()
- c- ventilação adequada a atendimentos breves ou demorados e com portas fechadas ()
- d- espaço adequado para colocação de arquivos para a adequada guarda de material técnico de caráter reservado. ()

11. De que maneira essas requisições impactam no trabalho que você desenvolve no NASF?

12. De acordo com sua experiência profissional enquanto assistente social da atenção básica, você acredita ser necessária e viável a efetivação desses profissionais nas Unidades de Saúde da Família? Sim ou não?

13. Justifique sua resposta

14. De acordo com sua experiência profissional enquanto assistente social da atenção básica, como você considera a perspectiva da sua equipe de saúde

com relação ao entendimento da dimensão e importância da profissão no atendimento às demandas sociais e sua intersecção com a saúde?

15. Na sua avaliação, de que forma a inserção desses profissionais nas USFs poderia contribuir para a qualidade e a efetividade da atenção básica a saúde da população nos seus respectivos territórios?

16. Na sua avaliação a referida inserção qualificaria também a atuação em rede na saúde da população nos territórios? _____

Justifique a sua resposta

17. Na sua opinião, a que motivo/s você atribui a não inserção de assistentes sociais nas equipes de USF?

Observações gerais da pesquisadora:

