

The background of the entire page is a close-up photograph of several sunflowers. The flowers are in various stages of bloom, with bright yellow petals and dark brown, textured centers. The lighting is soft, creating a warm and natural atmosphere. The sunflowers are the central focus, with some in sharp focus and others slightly blurred in the background.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**MARIA DALVA HORÁCIO DA COSTA**

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: A CONTRIBUIÇÃO  
DOS ASSISTENTES SOCIAIS PARA A CONSTRUÇÃO DA  
INTERSETORIALIDADE NO COTIDIANO DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE**

**RECIFE  
2010**

MARIA DALVA HORÁCIO DA COSTA

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: A CONTRIBUIÇÃO  
DOS ASSISTENTES SOCIAIS PARA A CONSTRUÇÃO DA  
INTERSETORIALIDADE NO COTIDIANO DO SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada  
como requisito parcial para obtenção  
do título de doutor, pelo Programa  
de Pós-Graduação em Serviço  
Social da Universidade Federal de  
Pernambuco.

Orientadora:  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Cristina de Souza  
Vieira

RECIFE  
2010

Costa, Maria Dalva Horácio da

Serviço social e intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde / Maria Dalva Horácio da Costa. – Recife : O Autor, 2010.

264 folhas : fig., gráf., quadros, abrev. e siglas.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2010.

Inclui bibliografia, apêndice e anexos.

1. Qualidade de vida (Brasil). 2. Necessidades básicas (Brasil). 3. Política social. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

364.444

CDU (1997)

UFPE

362

CDD (22.ed.)

CSA2010 - 075

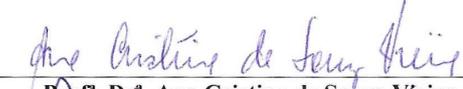


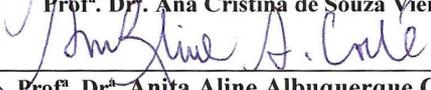
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE DOUTORADO

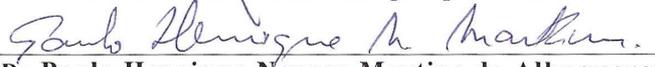
Ata da Defesa de Tese do Curso de Doutorado em Serviço Social, realizada no Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco.

Às Quatorze horas do dia vinte e nove de abril do ano de dois mil e dez, na sala C-6 do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a Defesa de Tese intitulada: “SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: A CONTRIBUIÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS PARA A CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NO COTIDIANO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE” de autoria da Doutoranda **MARIA DALVA HORÁCIO DA COSTA**, a qual já havia preenchido todas as demais condições exigidas para obtenção do Grau de **Doutor em Serviço Social**. A Banca Examinadora aprovada pelo Colegiado do Curso e homologada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, processo número **23076.019785/2010-96**, foi constituída pelos seguintes Professores: **Ana Cristina de Souza Vieira**, Doutora em Serviço Social, Orientadora e Examinadora Interna; **Anita Aline Albuquerque Costa**, Doutora em Serviço Social, Examinadora Interna; **Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque**, Doutor em Sociologia, Examinador Externo; **Maria Arlete Duarte de Araújo**, Doutora em Administração de Empresas, Examinadora Externa; **Ana Elizabete Fiuza Simões da Mota**, Doutora em Serviço Social, Examinadora Interna; **Valdilene Pereira Viana Schmaller**, Doutora em Serviço Social, Suplente Interna; **Moema Amélia Serpa Lopes de Souza**, Doutora em Serviço Social, Suplente Externa. Na qualidade de Orientadora, a **Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina de Souza Vieira** presidiu os trabalhos e após as devidas apresentações, convidou a candidata a discorrer sobre o conteúdo da Tese. Concluída a apresentação, a candidata foi arguida pela Banca Examinadora, que após as devidas considerações finalizou os trabalhos e decidiu..... a Tese com as seguintes menções:: **Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina de Souza Vieira**.....; **Dr<sup>a</sup>. Anita Aline Albuquerque Costa**.....; **Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque**.....; **Dr<sup>a</sup>. Maria Arlete Duarte de Araújo**.....; **Dr<sup>a</sup>. Ana Elizabete Fiuza Simões da Mota**.....; para finalizar, lavrei a presente ata que será assinada por mim e por quem de direito. Recife, 29 de abril de 2010.

BANCA:

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina de Souza Vieira

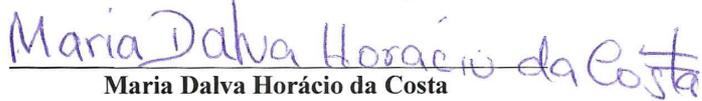
  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anita Aline Albuquerque Costa

  
Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Arlete Duarte de Araújo

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Elizabete Fiuza Simões da Mota

DOUTORA:

  
Maria Dalva Horácio da Costa

## **AGRADECIMENTOS**

Aos Mestres do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, particularmente à querida orientadora, Professora Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina de Souza Vieira, pela sólida, preciosa e fraterna orientação, recheada de sapiência, objetividade e generosidade. Sempre disponível em me atender! Obrigada pela atenção, compreensão, carinho e respeito com que pauta a convivência acadêmica e pessoal, tornando o processo de construção deste trabalho um momento de grandeza intelectual e afetiva. Seu apoio e solidariedade me deram a necessária força e condições para chegar ao fim dessa jornada. Mais que isso, nos elevam à condição de ser humano genérico. É impossível não admirar e gostar de você!

À querida Professora Dr<sup>a</sup> Ana Elizabete Mota (carinhosamente Bete), pelo apoio, sugestões críticas e especialmente pela preocupação e carinho nos momentos mais difíceis da minha trajetória acadêmica e pessoal. Obrigada pelo apoio incondicional em todos os momentos, desde que nos conhecemos. E, especialmente, por todo o conhecimento compartilhado durante nossa convivência acadêmica, inclusive as críticas construtivas e objetivas nos momentos de dispersão. Admiro e adoro você!

Ao meu companheiro, amor e amigo, Maurício Gushiken, pela dedicação incondicional, tanto afetiva, quanto acadêmica e material, inclusive buscando referências bibliográficas, textos, documentos e artigos. Além, é claro, da assessoria em computação e informática. Mas também, pelas broncas necessárias, pela confiança, por cada sorriso, cada beijo e abraço. Enfim, pela paciência, companheirismo, compreensão, amor e carinho que me acalentou e estimulou a continuar, mesmo nos momentos mais difíceis! Sem esse apoio, não teria prosseguido e concluído essa jornada. Amo você!

Ao meu filho Luciano, a maior vítima do meu distanciamento na infância e adolescência, período em que cursei mestrado e doutorado. Muito obrigada pela colaboração! Ainda que sob pressão, na revisão dos erros de digitação, mas principalmente pela capacidade de compreender as minhas ausências, e ainda se compadecer pelo fato de ter me dedicado mais à militância e ao labor do que ao papel de mãe.

À querida Alice, pelo cuidado incansável com os meus filhos, especialmente a Elisa. Mas também, pela segurança proporcionada em termos de apoio emocional e logístico em todos os aspectos da minha vida pessoal e acadêmica. Você é um porto seguro! Sua dedicação carinhosa e amiga demonstra o quanto tenho sorte na vida, no amor, na amizade, portanto, em todos os sentidos.

Às assistentes sociais que participaram da pesquisa, pela troca de experiências e conhecimentos compartilhados. E, sobretudo, pela disponibilidade ao atenderem o convite para participar das sessões dos grupos focais que foram absolutamente maravilhosas, demonstrando claramente o compromisso profissional com que exercem a profissão. Aprendi muito com vocês!

À Professora Arlete Duarte, por ter aceitado fazer parte da banca e, principalmente, pelas generosas e sábias recomendações na perspectiva de melhorar esta tese.

Aos conselheiros de saúde e aos membros da Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte (CES/RN) e do Conselho Municipal de Saúde Natal/RN, pelas rápidas informações e documentos disponibilizados, como também pela gentileza, respeito e carinho com que atenderam às nossas solicitações.

Aos professores e funcionários do Departamento de Serviço Social da UFRN, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA/UFRN) e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRN, bem como à atual diretoria do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) 14<sup>a</sup>. Região, pela solidariedade, respeito, homenagens, apoio e torcida em prol do sucesso da nossa trajetória acadêmica, profissional e pessoal.

A Miranice, Ceíça, Lúcia de Fátima, Gorete Cordeiro, Bernadete Cavalcante, Valéria Diógenes, Ângela Diógenes, Andréia Gonçalves, Fátima Nery, JosadaK, Sheyla e Romero, em nome dos quais expresso meus sinceros agradecimentos a todos (as) os (as) amigos (as) que torceram, colaboraram e estão vibrando com a conclusão deste estudo.

Não há paz e desenvolvimento onde a vida é um valor menor, onde a saúde é considerada uma mercadoria que mais terá quem mais puder pagar. Não há justiça social onde a atenção à saúde depende da capacidade e do esforço individual de cada um. Não há futuro para uma sociedade sem bens coletivos sólidos e perenes (CEBES, 2009, 185).

## RESUMO

Este trabalho objetiva refletir sobre a contribuição do Serviço Social para a construção da intersetorialidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto política de seguridade social. E, particularmente, identificar as demandas, desafios ao Serviço Social no campo da intersetorialidade; descrever atividades, categorizar conteúdo das ações, estratégias de caráter intersetorial realizadas pelos assistentes sociais, e apreender seu significado e potencial para a construção de práticas moldadas pela intersetorialidade, considerando-a diretriz estratégica para a consolidação do SUS na perspectiva do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). A pesquisa resultou da combinação entre pesquisa bibliográfica, documental e pesquisa de campo, a qual foi estruturada com cinco Grupos Focais, compostos por assistentes sociais integrantes das equipes de Serviço Social que trabalham em unidades de serviços públicos de saúde localizadas em Natal-RN, com maior concentração de assistentes sociais. Assim, contemplou profissionais do complexo de saúde da UFRN, dos Hospitais da Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN (SESAP/RN), Unidades de Pronto Atendimento e Maternidades da Secretaria de Municipal de Saúde de Natal (SMS/Natal), Programa de Internação Domiciliar (PID). Conclui-se que o conceito ampliado de saúde e as abordagens sobre os determinantes e condicionantes da saúde não têm sido incorporados ao planejamento em saúde. Igualmente, a intersetorialidade não constitui diretriz na formulação/execução da política de saúde, reduzindo-se a ações emergenciais e improvisadas, não consideradas como objeto de atuação da maioria dos profissionais de saúde. Dessa forma, vem sendo assumida pelos assistentes sociais, como atividade e não como diretriz estratégica. Em geral, se caracterizam como articulações realizadas junto a outros serviços e políticas sociais, com forte ênfase na Assistência Social, sob a forma de providências para obtenção de alimentos (refeições e cestas básicas), moradia (vagas em casa-abrigo, casas de apoio, inclusão em programas habitacionais), inclusão no Programa Bolsa Família, transporte social, etc. No geral, trata-se de mediações que respondem às diversas necessidades relacionadas à recuperação da saúde, uma vez que a política de saúde ainda se concentra na atenção curativa individual. Embora sejam relevantes e rotineiras, constituem atividades executadas como ações circunstanciais e improvisadas, tratadas como casos, sem problematizá-las e sistematizá-las como objeto profissional. Porém, ainda que as respostas dadas pelo Serviço Social não constituam ações planejadas, têm funcionado como a mais permanente articulação entre o SUS e as demais políticas sociais, especialmente as integrantes do Sistema de Seguridade Social. Dessa forma, no atual contexto do SUS, ainda que necessite apropriar-se conceitual e teoricamente, o Serviço Social tem acumulado experiência e desenvolvido habilidades táticas/operacionais com potencial para contribuir para a construção de práticas moldadas pela intersetorialidade.

**Palavras-chave:** Intersetorialidade; Determinantes Sociais; Saúde e Serviço Social.

## ABSTRACT

This work aims to promote a reflection on the contribution of Social Work to social security policy and the intersectoriality of SUS, a public health system in Brazil. The research also aims to identify demands and challenges of the Social Work area on the intersectoriality topic, describe activities, categorize actions, inter-sectorial strategies performed by social workers as well as acknowledge meanings and potential related to the construction of practices on behalf of intersectoriality, considered here as a strategic directive for the consolidation of SUS in the perspective of the Brazilian Sanitary Reform Project. The research was a result of a bibliographic, documental and field research and was structured in 5 Focal groups that were composed by Natal's public health social workers. Thus, the work considered health professionals at UFRN, the Federal University of Rio Grande do Norte, SESAP/RN Hospitals, Emergency Units, Maternities as well as a local Home Care Programs. It is concluded that wider health determinants, concepts and approaches have not been incorporated into health planning. Intersectoriality is not a directive that acts upon formulation and execution of health policies. They are reduced to emergent and improvised actions not considered as an keen subject on behalf of the great majority of health professionals. For this reason, it has been incorporated by social workers as an activity, not a strategic directive. In general, it is characterized as articulations that were done combined with other social policy services strongly emphasized by Social Assistance such as food provision (meals and food staples), housing (vacancies in housing programs, inclusion in habitation programs), inclusion in Bolsa Família Program, transportation, etc. In general it is related to mediations that respond to all sorts of needs related to health restoration. This is evidenced once health policies are still concentrating its attention on individual cure. These actions are relevant and repetitive and are executed as circumstantial and improvised, treated as cases and not worth being discussed as problems and systemized as professional study objects. Even though these responses that are given by Social Work are not planned actions, they are working as permanent articulation between SUS and other social policies, especially for those related to the social security system. Thus, in the current context of SUS, there is a gap related to a conceptual, theoretical- methodological approach, so Social Work has provided experience and developed tactic and operational abilities with a potential to contribute to a construction of practices related to intersectoriality issues.

**Key-Words:** Intersectoriality. Social Determinants. Social Work and Health.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À HABITAÇÃO
- Quadro 2 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À SEGURANÇA ALIMENTAR
- Quadro 3 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À CIDADANIA CIVIL
- Quadro 4 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS AO DESLOCAMENTO / LOCOMOÇÃO
- Quadro 5 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À RENDA BÁSICA
- Quadro 6 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À NECESSIDADES ESPECIAIS
- Quadro 7 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS AO TRABALHO, PREVIDÊNCIA E SEGUROS SOCIAIS
- Quadro 8 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES COM O SISTEMA SOCIOJURÍDICO E DE DEFESA SOCIAL

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1- DETERMINANTES SOCIAIS: MODELO DE DAHLGREN E WHITEHEAD
- Figura 2- DETERMINANTES SOCIAIS: MODELO DE DIDERICHSEN E HALLQVISTS
- Figura 3- DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À HABITAÇÃO
- Figura 4- DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À SEGURANÇA ALIMENTAR
- Figura 5- DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À CIDADANIA CIVIL
- Figura 6- DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS AO DESLOCAMENTO / LOCOMOÇÃO
- Figura 7- DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À RENDA BÁSICA
- Figura 8- DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À NECESSIDADES ESPECIAIS
- Figura 9- DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS AO TRABALHO, PREVIDÊNCIA E SEGUROS SOCIAIS
- Figura 10- DEMANDAS E ARTICULAÇÕES COM O SISTEMA SOCIOJURÍDICO E DE DEFESA SOCIAL

## LISTA DE FIGURAS - CHARGES

- Ilustração 1 Criança encaminhada para casa-abrigo
- Ilustração 2 Demanda por alimentos – cesta básica/refeições
- Ilustração 3 Usuários solicitando declaração e providências para emissão de RG/CPF
- Ilustração 4 Usuário internado-acamado, assinando formulário/recebendo RG
- Ilustração 5 Usuário em cadeira de rodas utilizando transporte social
- Ilustração 6 Usuário solicitando/recebendo cadeira de rodas
- Ilustração 7 Demandas por assistência previdenciária e/ou seguros sociais
- Ilustração 8 Assistente social aciona SOS-Criança / DRM em casos de violência doméstica

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ADCT	Atos das Disposições Constitucionais Transitórias
AL	América Latina
AMPASA	Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde
ANSS	Agenda Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APTD	Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Tabagismo, Alcoolismo e Outras Drogas
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas
CEASI	Centro de Atenção à Saúde do Idoso
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde Coletiva
CEFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CEPAL	Comissão de Economia para América Latina e Caribe
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNDSS	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNI	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde e Previdência
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
DPVAT	Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículo Automotor de Via Terrestre
DRV	Desvinculação das Receitas da União
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAS	Ficha de Avaliação Social
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSMS	Fórum Social Mundial da Saúde
GF	Grupos Focai
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IRPF	Imposto de Renda Pessoa Física

IRPJ	Imposto de Renda Pessoa Jurídica
ITEP	Instituto Técnico de Polícia
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPS	Ministério da Previdência Social
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MRP	Movimento da Reforma Psiquiátrica
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional Assistencial SUS
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPNES	Organizações Públicas não Estatais
OS	Organizações Sociais
OSCIPs	Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Orçamento da Seguridade Social
PA	Pronto Atendimento
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto Interno Bruto
PID	Programa de Internamento Domiciliar
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho da Saúde
PM	Polícia Militar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar
PNSAN	Política Nacional de Habitação de Interesse Social
PS	Pronto-Socorro
PSF	Programa Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RFV	Febre Rift Valley
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMURB	Secretaria de Mobilidade Urbana
SESAP/RN	Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte
SETRANS/RN	Secretaria de Transportes Urbanos do RN
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica Participativa
SINE	Sistema Nacional de Empregos
SIOPS	Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação Óbito
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde de Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE NO ATUAL CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	50
2.1 CAPITALISMO E SAÚDE PÚBLICA: NOTAS SOBRE A CONFORMAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	56
2.2 O SUS NA SEGURIDADE: A INTERSETORIALIDADE COMO DIRETRIZ ESTRATÉGICA PARA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE .....	75
2.2.1 Intersetorialidade & Saúde: concepções e desafios	119
3 O TRABALHO DE ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL DESENVOLVIDO PELOS ASSISTENTES SOCIAIS NO COTIDIANO DO SUS .....	139
3.1 NECESSIDADES DE SAÚDE E DEMANDAS DE CARÁTER INTERSETORIAL COLOCADAS AO SERVIÇO SOCIAL NO COTIDIANO DO SUS EM NATAL .....	143
3.2 OS SIGNIFICADOS DAS ATIVIDADES DE NATUREZA INTERSETORIAL REALIZADAS PELOS ASSISTENTES SOCIAIS .....	199
3.2.1 Atividades e mediações intersetoriais: tecendo redes, ampliando o acesso .....	209
CONCLUSÕES	218
REFERÊNCIAS	231
APÊNDICE	257
ANEXOS	259

## 1 INTRODUÇÃO:

Atualmente, considerada essencial para aumentar a resolutividade da política de saúde e efetivar o princípio da integralidade, a intersetorialidade vem constituindo um dos grandes temas de debate, pesquisa e campo de desenvolvimento de estratégias fundamentais para o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Embora o termo **intersetorialidade** não apareça textualmente nas principais proposições elaboradas pelo movimento sanitário no Brasil, os debates envolvendo a questão da intersetorialidade implicitamente surgem a partir das reflexões formuladas no século XVII, renascendo, dois séculos depois, nas discussões e deliberações da Conferência de Alma-Ata em 1978, ocasião em que se construiu um consenso em nível internacional de que, para superação dos graves problemas de saúde pública, seria necessário superar a concepção de que a saúde é mera ausência de doença, passando a entendê-la enquanto expressão de um conjunto de determinantes sociais do processo de adoecimento dos indivíduos, com destaque para as desigualdades, os níveis de acesso à informação, a baixa qualidade na atenção do referido setor, dentre outros. (CAMPOS, 2005).

No Brasil esse debate vem se colocando desde os anos 1970, sendo aprofundado e sistematizado nas formulações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª. CNS), realizada de 17 a 21 de março de 1986, a qual deixou evidente que

as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reforma mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar Reforma Sanitária.

Ao conceituar a saúde como resultante das condições de vida e como resultado das formas de organização social da produção, ficou clara a compreensão do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) de que a conquista e a efetivação do direito à saúde, enquanto direito social e de cidadania, extrapola o âmbito do sistema de saúde e, portanto, tem caráter intersetorial.

Nesse sentido, embora o debate e a formulação sintetizada na 8ª CNS não utilizem o termo intersectorialidade, o colocam em tela quando afirmam que, em seu sentido mais abrangente,

a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano, em sua individualidade.

Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional, há simultaneamente, necessidade do Estado assumir uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas econômicas e sociais pela população.

Portanto deixa evidente que a garantia do direito à saúde requer a formulação e a execução de políticas econômicas e sociais capazes de reduzir os riscos de doenças e outros agravos que se expressem no estabelecimento de condições que assegurem a promoção, proteção e recuperação da saúde. É nesse sentido que aponta para a necessidade da articulação intersectorial enquanto ações de governo mais amplas dirigidas ao enfrentamento dos condicionantes e determinantes dos níveis de saúde da população brasileira.

Mais que uma concepção ampliada de saúde, essa convicção foi devidamente incorporada à Constituição Federal (CF) de 1988, Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos 196 ao 200, regulamentados na Lei Orgânica da Saúde (LOS) de Nº 8.080/90, destacando-se os seguintes artigos e respectivos parágrafos:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Tais preceitos legais sinalizam para uma ampla responsabilidade do Estado brasileiro, no sentido de assegurar condições para a efetivação do direito à saúde. No dizer de Paim (2009), como política de Estado, a saúde não é apenas uma questão de governo ou do Poder Executivo. É obrigação do Poder Executivo, Legislativo e do Judiciário assegurar esse direito, propiciando os meios para a sua concretização.

A rigor, tanto as proposições do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), quanto os preceitos legais conquistados preconizam que a saúde como direito essencial, para ser efetivada, requer ações, medidas e articulações para além da política de saúde, perpassando questões relacionadas ao padrão de desenvolvimento, ao aprofundamento da democracia institucional e às próprias relações entre Estado e sociedade, conferindo especial destaque à participação social.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (RELATORIO 8ª. CNS, 1986).

Nessa perspectiva, parte do pressuposto de que a efetivação do direito à saúde requer o desenvolvimento de estratégias, movimentos e mediações capazes de realizar a articulação e a interface entre as políticas econômicas e sociais, bem como a integração entre os diversos eixos e níveis de intervenção. Nesse sentido, constitui um grande desafio à gestão das políticas sociais públicas, especialmente no que se refere ao desenvolvimento de ações intersetoriais enquanto expressão de um novo modo de governar, capaz de superar a lógica setorial, o que também requer a participação da sociedade.

Segundo Costa, Pontes e Rocha (2006),

[...] A mudança da lógica de governar setorialmente para uma lógica intersetorial é praticamente uma exigência dos projetos de governo voltados ao atendimento das necessidades populares. Para que um novo modelo de

atenção, centrado na integralidade, se manifeste concretamente, será necessário que cada serviço de assistência se transforme em uma Unidade de Atenção a Saúde. Isso requer mudança de cultura na instituição e nas vidas e valores dos trabalhadores e usuários do SUS. Envolve modificar consagrados conceitos de fazer saúde e a consciência de cada trabalhador, fazendo-o incorporar, na concepção que vai mediar seu trabalho, valores libertários, humanitários e de solidariedade (Franco,1997). Portanto é tarefa para longos anos à frente, quanto se desconstruirá o saber e fazer fragmentados substituindo-os pelas práticas integrais. (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006; p. 103).

No contexto do SUS, em geral, o uso do termo intersectorialidade vem sendo introduzido e utilizado no discurso acadêmico e governamental associado à avaliação acerca dos avanços e dificuldades vivenciadas ao longo desses 20 anos de sua construção, sinalizando para um consenso entre os defensores da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) de que a superação de várias iniquidades e a efetivação do princípio da integralidade, em grande parte, dependem de medidas e ações que transitam no campo da intersectorialidade. (Cf. FLERY, 1995; COSTA; PONTES; ROCHA, 2006).

Em documento oficial, o Ministério da Saúde (MS) afirma:

[...] a equidade encontra-se, ainda, extremamente distante de sua efetivação. A maior causa é intersectorial, com a iniquidade e desigualdade de oferta de bens e serviços geradores de qualidade de vida, tais como: renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar. Equidade na qualidade do ensino, lazer e outros. O resultado do esforço do SUS seria seguramente bem melhor, caso as políticas públicas referentes aos demais setores estivessem também sob a lógica dos direitos de cidadania como o SUS. (BRASIL, 2003, p. 23-24).

Nessa análise, embora o MS resuma a questão das desigualdades em saúde à uma desigualdade de oferta de bens e serviços reduzida à desarticulação intersectorial, ainda muito distante da compreensão firmada na própria Lei 8080/90, a qual ressalta que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. Seu mérito consiste na possibilidade de uma reorientação da política de saúde no sentido de desencadear esforços para a construção de medidas e ações pautadas em uma concepção ampliada de saúde, da qual deriva a necessidade de articulação intersectorial entre a saúde e as demais políticas públicas.

No presente estudo, partiu-se da premissa de que as desigualdades na realidade brasileira têm suas raízes na produção da riqueza, cada vez mais coletiva, e sua apropriação, cada vez mais privada, que caracterizam as relações sociais de produção e reprodução da sociedade capitalista. (Netto, 1992). Assim, parte da compreensão de que mesmo um alto grau de eficiência na execução das políticas sociais moldadas pela intersetorialidade, não é suficiente para superação das desigualdades sociais, mas que é possível reduzi-las.

Assim, é preciso considerar que no contexto de uma sociedade tão desigual como a brasileira, a construção da intersetorialidade constitui condição estratégica para produzir impactos positivos na melhoria dos níveis de saúde e para a consolidação do SUS como política de seguridade social. Nesse sentido, o MRSB<sup>1</sup> vem tentando repolitizar a saúde como questão social e política, retomando o debate acerca dos determinantes sociais, em geral atribuindo papel fundamental à intersetorialidade como estratégia para a superação das iniquidades da política de saúde.

Esse entendimento formulado na 8ª CNS, realizada em 1986, ficou marginalizado dos debates até a 12ª CNS, ocasião em que, ao se avaliar os avanços do SUS do ponto de vista da ampliação dos serviços de saúde, verifica-se que o seu impacto é inferior ao volume de serviços ofertados, tendo como uma das razões a desarticulação das políticas sociais, particularmente as que integram o tripé da seguridade. A partir de então, essa temática tem se tornado objeto de discussão e deliberação de vários eventos, especialmente de conferências, congressos e seminários nacionais e internacionais, dentre os quais se destacam os seguintes realizados no Brasil:

- a) Conferências Nacionais de Saúde: 12ª e 13ª;
- b) Seminário “Seguridade Social e Cidadania”, realizado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em setembro de 2008 que aprovou a **Carta do Rio de Janeiro: em defesa da Seguridade Social**;

---

<sup>1</sup> O aniversário dos 20 anos do SUS foi marcado por iniciativas de rearticulação do MRSB, expressando-se na criação de comissões, fóruns, grupos de discussão, fóruns de debates e realização de eventos, envolvendo os Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), Conselhos e Conselheiros de Saúde, movimentos em defesa do SUS e entidades históricas da luta em prol da Reforma Sanitária, tais como o CEBES e a ABRASCO, que vêm fazendo uma autocrítica acerca do quase abandono da temática em suas publicações.

- c) 11º Congreso Mundial de Salud Pública. 8º Congreso Brasileño de Salud Colectivo. Rio de Janeiro, 21 a 25 de Agosto de 2008, que aprovou a **DECLARACION RIO**;
- d) Seminário Nacional Preparatório I Conferência Mundial Sobre o Desenvolvimento de Sistemas Universais de Seguridade Social, realizado nos dias 4, 5 e 6 de dezembro de 2009, em Brasília-DF, o qual foi precedido de seminários e conferências estaduais.

Vale ressaltar que essa temática está clara e textualmente colocada no tema central da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, recentemente convocada para ser realizada de 26 a 30 de junho de 2010, cujas etapas municipais e estaduais estão sendo realizadas entre março e maio de 2010.

Assim, ainda que sinalizado em tais eventos realizados no Brasil, pós-8ª CNS, dentre outras oportunidades de debate de âmbito nacional, constata-se que, em geral, o tema foi discutido de forma secundária. Excetua-se, no entanto, a 13ª CNS realizada em novembro de 2007, que elegeu como temática central **Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento**, e a IV Conferência Nacional de **Saúde Mental – Intersetorial**, ambas discutindo claramente a questão dos determinantes sociais e da intersetorialidade como fundamental para a consolidação do SUS e efetivação do direito à saúde.

O mais instigante é que na maior parte do período de construção do SUS, apesar de não terem incorporadas ao debate e às estratégias na formulação da política de saúde<sup>2</sup>, as demandas nesse campo têm se colocado como dificuldades para gestores e trabalhadores em saúde, que muitas vezes emergem como demandas imediatas aos profissionais de saúde, cujas respostas vão sendo formuladas descoladas dos poucos debates existentes acerca dessa temática. Desse modo, apresenta-se como umas das principais demandas ao Serviço Social, conforme explicitado na dissertação de mestrado<sup>3</sup>: O Elo Invisível dos Processos de Trabalho no Sistema Único de Saúde em Natal-RN: um estudo sobre as

---

<sup>2</sup> A partir de 2005, vem sendo incorporada às diretrizes de algumas políticas específicas: Saúde Mental; Saúde do Trabalhador; Segurança Alimentar e Nutricional.

<sup>3</sup> Concluída no ano de 1998, no Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UFPE, sob a orientação da Professora Dra. Ana Elizabete Mota.

particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde pública nos anos 90.

No caso das demandas ao Serviço Social, conforme reflexões e conclusões explicitadas no referido estudo, verificou-se uma relação direta entre a ampliação da incorporação dos assistentes sociais na equipe de saúde e o reconhecimento da determinação social das doenças e da saúde como resultante das condições de vida. Portanto, requerendo que a atuação dos profissionais de saúde fosse capaz de fazer articulações entre as dimensões biológica e social.

Na ocasião, constatou-se que:

- ⇒ Os principais vetores das demandas ao Serviço Social derivam das contradições presentes no SUS, que se relacionam ao confronto entre a cultura institucional tradicional e o desafio de reorganização dos serviços para adaptar-se às exigências legais de garantia do acesso universal e integral, a ser alcançado através da organização de um sistema único, por nível de governo, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e participação social, bem como nas diretrizes da descentralização e hierarquização;
- ⇒ O processo de implementação do SUS, submetido aos rigores que regem a administração pública em um contexto de contenção e controle dos gastos e de racionalização da oferta, exigiu, ao mesmo tempo, forte normatização técnica, capacidade de articulação, combinação e complementaridade entre os diversos níveis de complexidade das ações e serviços, do SUS, e entre o SUS e as demais políticas, envolvendo a conjugação de ações, medidas e responsabilidades tripartite – União, Estados e Municípios.

Os impactos dessas contradições no cotidiano do SUS, conforme a referida dissertação, geralmente aparecem sob a forma de demandas reprimidas e/ou necessidades não atendidas, transformando-se em demandas ao Serviço Social, dentre as quais as ações de natureza intrassetorial, as quais, embora não constituam demandas exclusivamente colocadas ao Serviço Social, vêm sendo respondidas e assumidas por assistentes sociais.

Passados 12 anos, após a pesquisa realizada em 1998, é pertinente avaliar se a política de saúde ainda permanece sendo formulada setorialmente, dificultando a efetivação dos princípios do SUS, principalmente os da universalidade e da integralidade da atenção à saúde e a contribuição dos assistentes sociais ao desenvolvimento das ações intersetoriais para a garantia do direito à saúde, bem como as dificuldades encontradas face à evidente desarticulação intersetorial que tem marcado a implementação das políticas sociais brasileiras.

Do ponto de vista metodológico, para uma aproximação sucessiva com o nosso objeto, partiu-se do pressuposto de que a intrínseca relação entre saúde e qualidade de vida constitui condição essencial para a efetividade da política de saúde, e que a intersectorialidade é uma das estratégias fundamentais para alcançar tal efetividade.

Essa compreensão sustenta-se na constatação realizada por diversos estudos, de que a área da saúde chega ao século XXI com um grande desenvolvimento científico e tecnológico, em que, cada vez mais, o SUS tem disponibilizado consultas, exames, leitos, cirurgias, fármacos, equipamentos de apoio ao diagnóstico e tratamentos avançadíssimos de reconhecida eficácia, como jamais havia sido registrado na história da saúde pública no Brasil. Mas, apesar da gigantesca ampliação do acesso a serviços, em geral marcado por alto consumo de procedimentos, de acordo com dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2006, p.117), ainda nos deparamos com a seguinte situação epidemiológica:

**a) Persistência concomitante das doenças transmissíveis<sup>4/</sup> agudas<sup>5</sup> e das doenças crônicas<sup>6</sup>;**

---

<sup>4</sup> Em geral, doenças vinculadas à pobreza, desnutrição, falta de saneamento básico, etc.

<sup>5</sup> As doenças agudas caracterizam-se por: 1) a duração da condição é limitada; 2) a manifestação é abrupta; 3) a causa é usualmente simples; 4) o diagnóstico e prognóstico são usualmente precisos; 5) as intervenções são usualmente efetivas; 6) o resultado das intervenções leva normalmente à cura. (BRASIL, 2006, p.114).

<sup>6</sup> As doenças crônicas caracterizam-se por: 1) o início da manifestação é usualmente gradual; 2) a duração é longa ou indefinida; 3) as causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo; 4) o diagnóstico e o prognóstico são usualmente incertos; 5) as intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos; 6) o resultado não é a cura, mas o cuidado; as incertezas são muito presentes; 7) o conhecimento deve ser compartilhado por profissionais e usuários de forma complementar (Homan e Lorig, 2000). Assim, as condições crônicas, como diabetes, hipertensão e câncer, para abarcar as demais condições transmissíveis persistentes como tuberculose, HIV/AIDS, hanseníase e outras, distúrbios mentais de longa duração, deficiências físicas ou estruturais contínuas e as condições maternas e perinatais. Em síntese, as condições crônicas poderiam ser definidas como aquelas que apresentam um período de tempo superior a três meses e

- b) **Contratransições** - constituem movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas; significa que não tem ocorrido transição, mas superposição entre as etapas onde predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas. Assim, a reintrodução de doenças, como dengue e cólera, e/ou o recrudescimento de outras, como a malária, hanseníase e leishmaniose indicam uma natureza não unidirecional denominada “contratransição”. Portanto, ao contrário da transição epidemiológica, não ocorrem mudanças no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez. Trata-se de um processo em que além de não haver a substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas, também não ocorre o deslocamento da carga de morbidade/mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos, predominando altas taxas de mortalidade;
- c) **Doenças reemergentes** – configuram o reaparecimento ou aumento do número de infecções por uma doença já conhecida, mas que, por causar tão poucas infecções, já não estava sendo considerada um problema de saúde pública. Ex. cólera, dengue, difteria, febre rift valley (RFV), febre amarela e tuberculose;
- d) **Transição prolongada** - falta de resolução da transição num sentido definitivo, com polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde. Significa que não está ocorrendo o declínio das taxas de morbidade/mortalidade por doenças transmissíveis, por doenças não transmissíveis e crônico-degenerativas entre a população adulta de ambos os sexos, criando uma situação em que a morbidade/mortalidade persiste elevada por ambos os padrões, caracterizando uma “transição prolongada”;
- e) **Doenças emergentes**- são aquelas que não tinham significado no passado e em determinado momento surgem como novas, pois são causadas por agentes etiológicos desconhecidos. Portanto, são moléstias

transmissíveis causadas por bactérias ou vírus nunca antes descritos ou por novas formas infectantes geradas a partir de mutações em um microrganismo já conhecido. É possível ainda que sejam causadas por um agente que já parasitava animais e depois começou a infectar também o homem<sup>7</sup>. Todavia, na realidade brasileira, em termos relativos, há um forte predomínio das condições crônicas, conforme análise do CONASS.

Segundo Schramm et al. (2004), no Brasil, a transição epidemiológica<sup>8</sup> não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países desenvolvidos<sup>9</sup>. Velhos e novos problemas em saúde coexistem, com predominância das doenças crônico-degenerativas, embora as doenças transmissíveis ainda constituam graves problemas.

Todavia, esses autores consideram que o conceito de transição epidemiológica tem merecido críticas pelo fato de a transformação dos padrões de saúde não obedecer aos mesmos parâmetros na sequência, intensidade e velocidade, em diferentes regiões. (SCHRAMM et. al. 2004).

Sobre essa questão, Possas (2001), acrescenta:

---

<sup>7</sup> Exemplos: Aids: o vírus HIV era diferente de tudo o que já se tinha visto. (Cf. TOLEDO; DEANE, Apud MARQUES (Agência Fiocruz de Notícias. julho/2004) <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>> acesso em 15/07/2008.

<sup>8</sup> Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (Omram, 2001; Santos; Preciado *et al.*, 2003). O processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbidade/mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante. A definição da transição epidemiológica deve, assim, ser considerada componente de um conceito mais amplo apresentado por Lerner (1973) como **transição da saúde**, que inclui elementos das concepções e comportamentos sociais, correspondentes aos aspectos básicos da saúde nas populações humanas. (Cf. SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade *et al.*, 2004).

<sup>9</sup> Nos países industrializados essa transição se expressa no declínio das taxas de mortalidade por algumas doenças crônico-degenerativas entre a população adulta de ambos os sexos, retardando o efeito da mortalidade por doenças crônico-degenerativas sem alterar a composição das causas básicas de morte. □ O conseqüente aumento da extensão da vida nesses países tenderia a provocar o aumento da invalidez e da dependência crescente de serviços sociais e de saúde, por largas parcelas da população. Ex: sequelas do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocados pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer. No presente, reemergência das doenças infectocontagiosas, em especial a tuberculose, ligada à AIDS, e resistência aos antibióticos. (SMALLMAN-RAYNOR & PHILLIPS, 1999; WATERS, 2001).

[...] a heterogeneidade das sociedades contemporâneas impõe um padrão de risco de tênues fronteiras, a saber, os espaços urbano, rural e selva se interconectam, de forma que riscos e patologias modernas arcaicas se sobrepõem. Outra principal debilidade do esquema teórico da transição epidemiológica seria a de enfatizar a tecnologia médica como principal alternativa interveniente no curso da transição, desconsiderando o papel que as variáveis econômicas e sociais desempenham neste processo .

Esse perfil combinado indica que as relações entre o campo da saúde e os demais campos da vida social, econômica e política de uma região ou país devem ser consideradas e incorporadas no processo de formulação, execução e avaliação das políticas sociais, particularmente a da saúde, apontando a necessidade de um modelo assistencial e gerencial voltado para a produção social da saúde<sup>10</sup>, portanto moldado pela intersectorialidade.

Nesse sentido, na atualidade, cada vez mais a intersectorialidade desponta como uma das temáticas, relativamente presente nos discursos de gestores e intelectuais da área da saúde. Porém, carece de pesquisas que possam subsidiar tanto uma consequente apropriação conceitual, quanto o desenvolvimento de formas, estratégias e métodos de intervenção adequados ao paradigma da produção social da saúde.

Apesar da sua importância estratégica, conceber e agir intersectorialmente ainda não faz parte do conjunto das práticas em saúde. Na realidade, observa-se que a necessidade de ações e práticas de natureza intersectorial, mesmo constituindo demandas ao conjunto dos trabalhadores no contexto do SUS, tende a ser praticamente ignorada pela maioria dos profissionais de saúde. E, em geral, resulta em demandas ao serviço social.

Compreender que demandas chegam ao Serviço Social, as atividades e ações realizadas e respostas formuladas pelos assistentes sociais, além de evidenciar o reconhecimento técnico dessa prática profissional na equipe de saúde, requer aprofundamentos sobre a questão da intersectorialidade e exame da forma como os assistentes sociais vêm apreendendo e trabalhando essa questão no atual contexto do SUS.

Essa apropriação se faz necessária, dado o fato de que em várias oportunidades de debates em eventos da área do Serviço Social, a realização de

---

<sup>10</sup> Sobre o Paradigma da Produção Social da saúde, consultar Mendes (1996).

atividades voltadas para a articulação entre as mais diversas políticas sociais setoriais desponta como objeto da ação profissional dos assistentes sociais, tanto no espaço ocupacional dos serviços de saúde, quanto de outros serviços sociais, principalmente os de previdência, assistência social, educação, segurança alimentar, habitação, etc.

Assim, não seria apenas uma particularidade do trabalho do assistente social na área da saúde, mas pode estar relacionada à forma como o Serviço Social vem se desenvolvendo e atuando na implementação das políticas sociais na realidade brasileira, exigindo uma investigação mais ampla, capaz de refletir sobre uma potencial contribuição do Serviço Social à construção da intersetorialidade no processo de formulação e implementação das políticas públicas.

É notório o fato de que, ao se inserir no processo de trabalho em saúde, como agente de interação, ou como um “elo orgânico entre os diversos níveis de complexidade do SUS e, entre este e as demais políticas sociais setoriais” (Costa M, 1998), pela mesma prática, o assistente social atua simultaneamente de forma intra/intersetorial, desenvolvendo atividades que incidem sobre a integralidade do acesso e da atenção, tanto no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, quanto na articulação entre a saúde e as demais políticas sociais.

Conforme Costa; Pontes e Rocha (2006, p. 103), um sistema de atenção integral deve ser constituído de práticas sanitárias e sociais, de forma a intervir em diversos níveis e nas múltiplas dimensões e determinações do processo saúde/doença. Também deve satisfazer necessidades sociais e individuais tal como sentidas e demandadas por pessoas, assim como as necessidades coletivas passíveis de serem detectadas coletivamente e processadas técnica e politicamente. Nesse sentido, atenção integral pressupõe articulação de ações intra/intersetoriais com participação social.

Nessa linha de raciocínio, pode-se afirmar que o acesso integral ao direito à saúde é mais que acesso a serviços de saúde. Portanto, remete à qualidade de vida e não apenas a ações e serviços nos níveis de complexidade do SUS. A rigor, requer avançar na perspectiva do desenvolvimento de ações intersetoriais com conexão de redes com vistas a articular promoção, proteção e reparação.

Para Bidarra (2009, p. 495), a integralidade deve ser expressão das capacidades combinadas do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), efetivadas por meio do conjunto dos serviços desenvolvidos pelas diversas políticas sociais.

Portanto, demanda a construção de diálogos e pactuações entre aqueles que estão encarregados de gerenciar e operacionalizar tais políticas<sup>11</sup>, as quais, isoladas ou justapostas, não alcançam a cobertura e a resolutividade necessárias, nem mesmo no interior de seus próprios campos de atuação.

Nesse sentido partimos da compreensão de que agir intersetorialmente requer desenvolver a capacidade de combinar, articular, conectar ações e serviços no sistema de proteção social e de seguridade social a partir de objetos e objetivos comuns à luz do Projeto da Reforma Sanitária, da concepção ampliada de saúde. Assim, constitui-se estratégia para efetivar direitos e especialmente para assegurar a integralidade da atenção, a ponto de estar sendo identificada como integralidade ampliada.

Na interpretação de Cecílio (2001), a integralidade ampliada é vista como resultado da articulação de cada serviço com **a rede composta pelos demais serviços e instituições**. Portanto, não é atributo específico de uma determinada profissão, tampouco de um serviço (grifos nossos).

Mioto e Nogueira (2006, p. 224-225) acrescentam que, além de articulação entre serviços e instituições, a integralidade compreende distintas práticas profissionais interdisciplinares que se articulam no campo da promoção, prevenção e tratamento da saúde através de diferentes serviços e instituições.

A partir desse entendimento, passa-se a inferir que a promoção, a proteção e recuperação da saúde podem ser praticadas simultaneamente por qualquer profissional em qualquer nível de atenção (complexidade) do SUS, sobretudo exigindo ações e articulações para além do SUS, ou seja, articulação intersetorial.

Conforme explicita o relatório da 8ª. CNS, do conceito ampliado de saúde e da noção de direito como conquista social emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

Trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;

Alimentação para todos, segundo as suas necessidades;

Moradia higiênica e digna;

---

<sup>11</sup> Por exemplo, ao discutir a intersetorialidade na política de atendimento à criança e ao adolescente, refere-se às políticas de saúde, educação, assistência, cultura, segurança pública e de justiça. (BIDARRA, 2009, p.495).

Educação e informação plenas;

Qualidade adequada do meio/ambiente;

Transporte seguro e acessível;

Repouso, lazer e segurança;

Participação da população na organização, gestão, controle dos serviços e ações de saúde;

direito à liberdade, à livre organização e expressão;

Acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.  
(BRASIL, 1986) (grifos nossos).

A rigor, a Lei Orgânica da Saúde de Nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, no Capítulo II que trata dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º incisos II, define:

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

De acordo com Cecílio (2001, p.115-117), a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível:

- ⇒ Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles uma Unidade Básica de Saúde (UBS), uma equipe de Saúde da Família ou um hospital, denominando-a “integralidade focalizada”, na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde. (p. 115-116);
- ⇒ Numa segunda, a integralidade deve ser fruto de uma articulação de cada serviço de saúde, seja uma UBS, Unidade de Saúde da Família (USF),

ambulatório especializado, hospital, uma rede mais complexa composta por outros serviços de saúde ou por outras instituições e serviços não necessariamente do setor saúde. Trata-se da integralidade pensada na totalidade. (p.117).

Considera-se que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, os trabalhadores e a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas. Particularmente, a batalha pela melhoria das condições de vida, por mais competente e comprometida que seja a equipe, jamais poderá ser plenamente bem-sucedida no espaço singular de um serviço de saúde ou mesmo exclusivamente da rede de serviços de saúde. Cecílio (2001, p.117) incorpora a noção de máxima integralidade demonstrando que a resposta às necessidades de saúde pode ser dada por uma ampla diversidade de serviços, que não necessariamente fazem parte da rede de serviços de saúde, sobretudo quando se relacionam à melhoria das condições de vida.

A rigor,

a (máxima) integralidade da atenção no espaço singular do serviço – integralidade focalizada- pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em rede, de serviços de saúde ou não. A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque **a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial**. (CECÍLIO, 2001, p.117) (grifos nossos).

Observe-se que embora o princípio da integralidade, constante no inciso II, reduza a integralidade aos níveis de complexidade do sistema, no Capítulo, II, Art. 7º, inciso X, a Lei 8.080/90, preconiza a integração entre o SUS e outros sistemas, serviços e áreas, destacando o meio ambiente e o saneamento básico.

Em seguida, no Capítulo III, que trata da Organização, da Direção e da Gestão, especialmente no Art. 12, a Lei 8.80/90 explicita claramente a necessidade de articulação intersetorial ao propor a criação de comissões intersetoriais:

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao definir a criação de comissões intersetoriais, como questão afeta à organização, direção e gestão do sistema de saúde, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), sinaliza no sentido de que a articulação intersetorial constitui estratégia de gestão para articular as políticas de saúde com as demais políticas e programas de interesse para a saúde.

Neste estudo, a intersetorialidade é concebida como estratégia de gestão que compreende a articulação e combinação de ações, medidas e atividades, tanto no campo da macropolítica de saúde, quanto no campo da micropolítica do processo coletivo de trabalho em saúde, constituindo uma das formas de dar materialidade à necessidade de uma nova forma de abordar, atuar e responder a necessidades de saúde, considerando os determinantes e condicionantes da saúde. Esta é a razão pela qual, mais que uma estratégia, a intersetorialidade configura uma nova forma de abordar, organizar serviços e conceber a gestão pública.

Na interpretação de Junqueira (1997, p.37), a intersetorialidade não é um conceito que engloba somente as políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura, ambiente, que também determinam a sua organização e regulam como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais.

Por isso, incorporar essa concepção no modo de organizar, planejar, gerenciar e prestar os serviços de saúde, implica o desenvolvimento de modos de intervir na realidade voltados para superar a cultura institucional marcada pela fragmentação, desarticulação e superposição das ações, políticas, saberes e práticas institucionais e profissionais. Nesse sentido, também se relaciona com o desenvolvimento de saberes e práticas inter/transdisciplinares.

Note-se que uma vez fundada no conceito ampliado de saúde, a intersetorialidade no campo da saúde coletiva relaciona-se a uma visão de totalidade na leitura da realidade, bem como no planejamento e gestão das políticas públicas, podendo adquirir um papel fundamental no enfrentamento dos determinantes e

condicionantes da produção social da saúde. Por isso, cumpre um papel fundamental para a efetivação do direito à saúde, especialmente no que se refere à promoção, proteção e recuperação da saúde, componentes pertinentes ao conceito de integralidade da atenção.

Segundo Comerlatto (et al.),

as formas tradicionais de conceber e operacionalizar a intervenção no campo das políticas públicas provoca a desarticulação interinstitucional e a falta de integralidade na atenção ao conjunto dos direitos sociais, não respondendo mais aos graves problemas sociais historicamente vivenciados por uma parcela significativa da população brasileira. Nesse sentido a intersetorialidade, alinhada à descentralização das políticas públicas em vigência no Brasil, coloca-se como alternativa capaz de encontrar novos arranjos e articulações para o enfrentamento desses problemas. (COMERLATTO, et al. 2007, p.267).

De fato, as formas tradicionais de conceber e operacionalizar a políticas e as ações de saúde têm configurado um verdadeiro sistema de desatenção. Face a essa realidade, prevalece um alto grau de exposição da população a doenças passíveis de prevenção por ações básicas de saúde, e principalmente de promoção da saúde, que, necessariamente, requerem articulação intersetorial, sobretudo no campo da macroeconomia, desde que estruturadas com o objetivo de, no mínimo, reduzir as desigualdades sociais.

Conforme explicita o relatório da 8ª. CNS, “as limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural”. Nesse sentido o referido relatório destaca:

A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.

Nessa direção, recentemente, o Ministério da Saúde (MS) avaliou que, em uma sociedade tão desigual como a brasileira, saúde e doença também se manifestam desigualmente, entre homens, mulheres, brancos e negros, pobres e ricos, em diferentes situações de vulnerabilidades e de acesso a ações e serviços de saúde e de qualidade de vida. (BRASIL, 2007, p.16).

Dessa forma, o MS vem reconhecendo oficialmente que os determinantes das desigualdades sociais impactam diretamente no perfil epidemiológico da população brasileira, concluindo que a mudança desse quadro passa ,necessariamente, pela ação intersetorial, pela participação e mobilização da sociedade e pelo enfrentamento das iniquidades. (id.).

A rigor, é necessário ir mais além, compreendendo que a superação desse quadro requer profundas transformações sociais na perspectiva de enfrentamento dos principais determinantes das desigualdades que incidem no quadro de morbidade e mortalidade no Brasil. Portanto, mais que políticas eficientes e eficazes de seguridade social moldadas pelas intersetorialidade, requer a superação das relações de produção e reprodução capitalista.

Porém, se considerada a realidade de fragmentação das ações, das políticas e dos saberes, promover a saúde ainda requer desenvolver estratégias de incentivo e aprimoramento de práticas integrais, nas quais, tanto no que se refere à oferta dos serviços, quanto na formulação e gestão de políticas públicas, a construção e o fortalecimento de ações e práticas intersetoriais assumem importância fundamental. (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006).

A flagrante timidez nesse campo e a manutenção dos principais determinantes da produção social das doenças se expressam em um perfil epidemiológico que, além de manter o histórico quadro marcado por doenças transmissíveis, vinculadas à pobreza, desnutrição, falta de saneamento básico, somam-se as doenças crônicas e as patologias sócioambientais, resultantes da degradação do ambiente, das condições de trabalho, do uso de drogas, acidentes, violência urbana, no trânsito e doméstica, dentre outras, conformando um quadro combinado, onde convivem doenças transmissíveis, morbidade e mortalidade por diversas formas de violências, mortalidade infantil, perinatal e aumento da expectativa de vida. (Cf. MOTTA; AGUIAR, 2007, p. 364).

Em recente documento, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), avaliou que

a crise do modelo de atenção à saúde do SUS se explicita na incoerência entre uma situação epidemiológica de dupla carga das doenças, em que 75% das causas dessa carga é composta por condições crônicas, e um modelo de atenção à saúde voltado para a atenção às condições agudas. A Organização Mundial de Saúde – OMS (2003) explica essa crise em uma

frase-síntese: **'Quando os problemas são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona. Devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas'**. (BRASIL, 2006, p.121). (grifos nossos).

A implantação do SUS, em um contexto de ascensão neoliberal, e a respectiva forma de tratar a crise fiscal, as políticas de ajuste macroeconômico e a Reforma do Estado levam-nos a inferir que as mudanças implementadas, ao longo dos 20 anos de sua construção, ainda não avançaram no sentido de efetivamente superar a fragmentação das ações e a desarticulação intersetorial.

Ao contrário, além de continuar sendo hegemonicamente organizado com base no modelo médico-centrado que historicamente tem sustentado o Projeto Privatista, esse processo vem se aprofundando através de sofisticadas estratégias que combinam cessão, terceirização, contratualização e outras formas de compra e venda de serviços, inclusive transformando unidades públicas em prestadoras de serviços contratualizados. Em geral, ações curativas individuais focadas em assistência médica são priorizadas.

Desse modo, ainda que tais estratégias possam possibilitar a ampliação do acesso a procedimentos e serviços de saúde, tal direcionamento tem propiciado a ampliação das ações curativas individuais, expandindo o setor privado, especialmente o conveniado com o SUS. Portanto, tem reiterado o modelo de atenção médico-procedimento-centrado com foco nas condições agudas, em geral refém de ações curativas e emergenciais, cada vez mais distantes de intervenções sobre os determinantes e condicionantes da saúde, e cada vez mais associado à permanente crise que tem marcado o processo de desenvolvimento do SUS.

Assim, pode-se afirmar que

[..] um dos problemas centrais da crise dos sistemas de serviços de saúde contemporâneos, inclusive o SUS, consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder os momentos agudos dos agravos – normalmente autopercebidos pelas pessoas – pela atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou de internações hospitalares. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos, quando as condições crônicas insidiosamente evoluem, e com intervenções que se façam, equilibradamente sobre os fatores de risco e sobre as doenças e agravos. (BRASIL, 2006; p.121).

Acrescente-se que a manutenção dessa lógica tem representado a continuidade das ações fragmentadas, emergenciais e curativas individuais com foco exclusivo e prioritário nas consequências, ignorando os determinantes e condicionantes. Por isso, a construção da intersetorialidade assume extrema relevância para o processo de consolidação do SUS, constituindo um grande desafio para gestores e trabalhadores do SUS no sentido de ser incorporada como diretriz estratégica, como concepção e como prática cotidiana. Ressalte-se que para ser praticada exige profundas transformações na conformação dos processos de trabalho em saúde, no modelo assistencial, modelo gerencial e na própria relação Estado/sociedade.

Para Junqueira (1997, p. 38), “sem mudar concepções, valores e práticas não é possível transformar o processo de trabalho setorial e fragmentado, como tem sido a prática das organizações públicas, por uma prática organizacional moldada pela intersetorialidade”.

Acrescente-se que mais que mudar concepções, valores e práticas a construção da intersetorialidade exige mudanças na estrutura e na cultura organizacional que, em última instância, se relaciona com a correlação de forças entre as classes sociais na defesa dos projetos em disputa. Por isso a luta pela sua construção, em uma realidade de profundas desigualdades como a brasileira, traz consigo um potencial de questionamento ao modelo médico hegemônico e ao Projeto Privatista.

Embora haja consenso acerca da necessidade de mudanças no modelo gerencial e assistencial, portanto, na organização e gestão dos processos de trabalho que comportem capacidade de viabilizar as ações e articulações intersetoriais para enfrentar o grave quadro epidemiológico e sanitário brasileiro, pode-se afirmar que, até o presente estágio de desenvolvimento do SUS, a utilização de estratégias, voltadas para efetivar tais articulações ainda são absolutamente incipientes, deficientes e insuficientes.

A rigor, a intersetorialidade praticamente não faz parte do planejamento em saúde, principalmente das atividades cotidianas do conjunto dos trabalhadores em saúde, com exceções de algumas pontuais e esporádicas experiências exitosas. Da mesma forma, ainda é bastante incipiente a apropriação conceitual acerca dos condicionantes e determinantes sociais das doenças, bem como acerca da própria definição sobre intersetorialidade.

Na realidade, “a intersectorialidade na saúde envolve uma complexa discussão e, por isso mesmo, sua implementação é um grande desafio, por envolver necessidades de mudanças nas formas de atuação política e gestão das instituições e das pessoas que as integram”. (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006, p. 105).

Conforme explicita a Organização Mundial da Saúde (OMS), apud Costa; Pontes e Rocha (2008, p. 105) ‘a intersectorialidade na saúde se constitui em estratégia que busca superar a ótica fragmentada que orientou a formação do setor’.

A rigor, para tais autores,

a intersectorialidade se caracteriza pela atuação em conjunto com outros setores ou partes desses tendo em vista resultados mais afetivos do que poderiam ser alcançados pela saúde isoladamente. Ressalta-se nesse conceito que a prática da intersectorialidade está referida aos modos de atuação entre os setores, não eximindo as responsabilidades de cada um dos setores nem anulando a importância da singularidade da ação e das práticas setoriais. O reconhecimento do domínio e das especificidades dos setores interligados em intenções e práticas comuns talvez constitua um dos princípios para a relação intersectorial.

O que caracteriza a intersectorialidade é a possibilidade de síntese de práticas. No entanto, sua possibilidade está na faculdade de reconhecimento dos limites do poder e de atuação dos setores, pessoas e instituições. Este reconhecimento de insuficiência não é propriamente uma facilidade para os humanos, especialmente para quem goza das condições oferecidas pelo poder institucional. A implementação da intersectorialidade depende, mesmo que circunstancialmente, de uma organização matricial, na qual a referência seja a lógica de atuação dos problemas. (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006, p. 106-107).

Portanto, pode-se concluir que intersectorialidade refere-se ao que pode e deve ser feito em conjunto pelos diversos setores que têm interface com a saúde. Não é um mero somatório de partes, mas ação coordenada, conjugada e compartilhada sobre um objeto comum com base determinada, direção social e/ou intencionalidade, aqui, compreendida na perspectiva da Reforma Sanitária nos termos discutidos por Bravo e Fleury, ancorada na democracia de massas na acepção formulada por Netto (1992).

Por isso, além dessas questões e ponderações, se faz necessário levar em conta que, no espaço institucional, as mudanças necessárias estão também relacionadas à prática e ao aperfeiçoamento para a gestão participativa. Entre estas, a valorização dos profissionais, o rendimento da lógica de organização dos serviços para os usuários e a consideração de que tais mudanças envolvem trabalhadores e usuários, enquanto sujeito de direitos, na condição de atores sociais e políticos

capazes de realizar mudanças, conforme bem colocam Costa; Pontes e Rocha (2008, p. 105-106).

Requer considerar a indissociável relação entre intersectorialidade e a necessidade da cooperação simultânea entre saberes, poderes, setores, segmentos (gestores, trabalhadores e usuários). Para tanto, se faz absolutamente necessário criar e fortalecer os espaços de participação social.

Com base nessa compreensão, neste estudo, também se fez necessário refletir até que ponto as articulações de carácter intersectorial, realizadas pelos assistentes sociais, no cotidiano do SUS, têm incorporado a questão da participação e controle social.

Ademais, considerando que o processo de construção do SUS tem sido marcado por grandes dificuldades de incorporar a concepção ampliada de saúde no cotidiano dos serviços, passou-se a considerar esse fato como uma das possíveis explicações para a intersectorialidade ainda não constituir uma diretriz estratégica incorporada ao planejamento e às práticas em saúde.

Empiricamente observa-se que a intersectorialidade, no dia-a-dia dos serviços de saúde, tem se reduzido a ações isoladas, pontuais, subsidiárias à lógica do modelo médico-hegemônico e ao seu *modus operandis* – centrado em procedimentos curativos individuais. E, em geral, não constitui objeto de interesse e de ação das profissões tradicionais de saúde. Face a essa realidade, buscou-se refletir acerca dos determinantes que levam os assistentes sociais a incorporar tais demandas e o potencial de sua ação para contribuir no sentido de tornar a intersectorialidade uma efetiva diretriz do planejamento em saúde.

Note-se que no contexto de ascensão da luta pela Reforma Sanitária (RSB), nos anos de 1980, com redefinição e conseqüente ampliação do conceito de saúde, período em que ocorreu uma significativa ampliação do número de assistentes sociais na equipe de saúde. Os assistentes sociais foram requisitados para participar da equipe de saúde, realizando mediações, cujo *locus* situa-se no campo das relações e determinações sociais que envolvem os níveis de saúde e as condições de vida da população. Certamente, essa necessidade tem estreita relação com as demandas de carácter intersectorial.

Assim, elegeram-se, como principal problema, conhecer e analisar em que medida o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais, no âmbito do SUS, contribui

para a construção da intersetorialidade enquanto estratégia para a efetivação da saúde como direito social e política de seguridade social.

Tal problemática vem acompanhada de uma série de indagações à realidade, dentre as quais destacam-se as seguintes:

- ⇒ Que demandas chegam ao serviço social no campo da intersetorialidade?
- ⇒ Quais as áreas que mais demandam permanente articulação?
  
- ⇒ Qual o conteúdo das ações, atividades, estratégias e articulações intersetoriais realizadas pelos assistentes sociais no atual contexto da divisão sociotécnica do processo de trabalho em saúde no cotidiano do SUS em Natal-RN?
  
- ⇒ Em que consiste o trabalho de articulação intersetorial realizado pelos assistentes sociais no cotidiano do SUS?
- ⇒ Em que consiste os encaminhamentos feitos, considerados articulação do acesso no campo da intersetorialidade?

Para tanto, esta investigação procurou identificar que demandas chegam ao Serviço Social, as quais são qualificadas de caráter intersetorial, buscando apreender em que consiste esse trabalho de articulação intersetorial, a sua relação com a incorporação da concepção ampliada de saúde, bem como as dificuldades encontradas para a realização deste trabalho.

Portanto, elegeu-se como objeto central, refletir acerca da contribuição do Serviço Social para a construção da intersetorialidade enquanto diretriz e estratégia técnico-política e tático-operacional voltada para efetivação do direito à e sua interface com as demais políticas e direitos sociais no atual contexto do SUS, na realidade dos serviços públicos de saúde em Natal-RN.

Sua finalidade foi identificar, mapear e analisar as atividades, ações e mediações de natureza intersetorial frequentemente realizadas pelos assistentes sociais no contexto da atual conformação da divisão sócio-técnica do trabalho em saúde no cotidiano do SUS em Natal-RN.

Portanto, se inscreve no sentido de discutir a questão da intersetorialidade no contexto do SUS e particularmente de refletir acerca da contribuição do Serviço

Social para a construção da intersectorialidade no âmbito do SUS, enquanto política de Estado e de seguridade social, portanto, na perspectiva do Projeto da Reforma Sanitária, cujos objetivos específicos foram:

- ⇒ Identificar as demandas colocados ao serviço social no campo da intersectorialidade;
- ⇒ Descrever e qualificar o conteúdo das ações, atividades, estratégias e articulações, consideradas de caráter intersectorial, realizadas pelos assistentes sociais no atual contexto da divisão sociotécnica do processo de trabalho em saúde;
- ⇒ Refletir sobre o conteúdo das mediações de caráter intersectorial realizadas pelos assistentes sociais no cotidiano do SUS em Natal-RN;
- ⇒ Identificar se ocorre e como são realizadas as ações e atividades, consideradas pelos assistentes sociais, articulação intersectorial.

Do ponto de vista metodológico, a apropriação do objeto e objetivos explicitados exigiu uma abordagem histórica, estrutural e teórico-metodológica acerca do processo de construção do SUS enquanto uma das estratégias de implementação da Reforma Sanitária Brasileira que se expressa em acirradas disputas éticas, políticas, teórico-metodológicas, técnico-gerenciais e assistenciais, que se vinculam e se aglutinam em torno de dois grandes projetos: o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária<sup>12</sup> e se traduzem em conflitos de interesses de classe mais amplos na disputa pela hegemonia e efetivação dos respectivos projetos societários.

Portanto, significa procurar apreender o processo de construção do SUS enquanto expressão das contradições inerentes à luta de classes e seus impactos na conformação da política de saúde, enquanto política de seguridade no contexto de crise de acumulação capitalista, reestruturação produtiva e de Reforma do Estado capitalista na contemporaneidade.

---

<sup>12</sup> A esse respeito ver BRAVO, (2002).

Partiu-se de uma leitura da saúde enquanto questão social, objeto da ação política das classes sociais e da construção e consolidação de um projeto de direção e dominação das classes dirigentes no Brasil, expressos no Projeto hegemônico Privatista, e as resistências colocadas pelo MRSB aduzidas na defesa e proposições do Projeto Contra Hegemônico, o Projeto da Reforma Sanitária.

Assim, a pesquisa bibliográfica e documental constituiu o primeiro passo para apropriação do debate teórico-metodológico sobre o tema, buscando identificar, categorizar e analisar as demandas mais frequentes, recorrentes consideradas pelos assistentes sociais como ações intersetoriais, a partir das demandas colocadas ao Serviço Social na realidade do SUS em Natal, nos anos de 2008 e 2009.

Nesse processo, realizou-se uma pesquisa bibliográfica acerca das concepções e práticas intersetoriais. Simultaneamente foi realizada pesquisa documental a partir do exame de livros de ocorrências, formulários de encaminhamentos, relatórios de atividades do Serviço Social, relatórios de casos, e outros instrumentos de registro das ações e atividades realizadas pelos assistentes sociais que potencialmente representam articulações intersetoriais.

Procedeu-se à leitura da realidade à luz do Projeto da RSB, o qual possibilita uma abordagem histórica e estrutural procurando identificar as relações entre a estrutura de classes e as políticas e práticas de saúde, que segundo Fleury (1989), se expressam em três níveis:

- ⇒ **Econômico**, através das diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital que incidem ou se realizam através do setor saúde;
- ⇒ **Político**, ao compreender as políticas de saúde como parte do contraditório processo de legitimação do poder do Estado, e, conseqüentemente, dos conflitos de interesses que perpassam a luta pela manutenção ou emancipação do domínio de classe;
- ⇒ **Ideológico**, ao desvendar as articulações entre a produção científica, as práticas sociais e o conjunto de valores que organiza o universo cultural e moral dos profissionais de saúde, com a inserção desses agentes na estrutura social.

A partir de tais premissas, analisou-se até que ponto as ações e atividades realizadas pelos Assistentes Sociais, consideradas de natureza intersetorial, se alinham ou não na perspectiva de construção de um novo modelo de atenção<sup>13</sup> voltado para a efetivação do direito à saúde com base no conceito ampliado de saúde formulado pelo MRSB.

Em suma, este estudo procurou identificar as principais demandas, ações, atividades realizadas pelos Assistentes Sociais, no campo da intersetorialidade, que pudessem ser qualificadas de natureza intersetorial, objetivando dimensionar a sua contribuição à construção de práticas moldadas pela intersetorialidade, aqui concebida como uma nova forma de conjugar e compartilhar técnicas, tecnologias, saberes e ações com vistas a um objetivo comum, qual seja, resolver problemas de saúde e responder às reais necessidades individuais e coletivas dos usuários do SUS, enquanto sujeitos de direitos, considerando os determinantes e condicionantes sociais.

Conforme Bidarra (2009), no âmbito da gestão social, os projetos políticos são portadores de intenções e de uma direção social pretendidas, por meio de escolhas previamente elaboradas, que, por sua vez, trazem acoplados determinados modelos de gestão e formas concretas de materializar tais intenções. Essas intenções para Bravo (2002), a rigor, se vinculam aos projetos em disputa: o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária.

Ao tratar essa questão, Bidarra (2009) afirma que no campo da intersetorialidade essas intenções se expressam nas seguintes propostas:

- a) Gerencialismo - que equipara a intersetorialidade a um procedimento da reforma administrativa do Estado para atender a uma lógica de descentralização e a um tipo de participação anexada<sup>14</sup> apresentada como estratégia para combater a ineficiência conjugada com a corrupção no serviço público;

---

<sup>13</sup> Modelo de atenção se distingue da forma de organizar e gerenciar (administrar) o sistema e os serviços de saúde. Refere-se a uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas. Nesse sentido é uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde.

<sup>14</sup> Refere-se à participação presencial no sentido formulado por Gohn(2004). No dizer de Bidarra(2009, p. 285) resumida a “fazer número”, ser plateia, para uma proposta previamente selecionada. Em geral, essa plateia não externaliza nenhuma manifestação contrária às forças dominantes ou dos dirigentes.

- b) Democratização do Estado - obtida por meio da radicalização das experiências e das inovações sociais produzidas pelos espaços participativos.

À luz do projeto da Reforma Sanitária e, portanto, da concepção de intersectorialidade enquanto estratégia de democratização do Estado, na perspectiva da garantia e ampliação dos direitos sociais e de cidadania, procurou-se identificar e analisar como o serviço social vem contribuindo para a construção da intersectorialidade, destacando dois movimentos de aproximações sucessivas:

- ⇒ Apreender e discutir até que ponto as dificuldades interpostas à construção da intersectorialidade no contexto do SUS se transformam em demandas ao serviço social;
- ⇒ E, que estratégias e respostas têm sido protagonizadas pelos assistentes sociais que podem ser qualificadas como ações intersectoriais.

Nessa perspectiva, metodologicamente foram realizadas reflexões destacando aspectos históricos, conceituais e teórico-metodológicos acerca da questão da intersectorialidade, considerando-a uma das diretrizes estratégicas para a conquista de uma efetiva Reforma Sanitária no Brasil e, particularmente, para a construção da Política de Saúde como Política de Seguridade.

Para tanto, foi feito um corte metodológico procurando identificar e analisar as demandas, as ações e atividades explicitadas pelos assistentes sociais como ações pertinentes ao campo da intersectorialidade, efetivamente realizadas no cotidiano dos serviços públicos de saúde em Natal.

As unidades hospitalares e prontos atendimentos foram considerados espaços privilegiados porque, na atualidade, incorporam a grande maioria dos assistentes sociais da rede pública de saúde em Natal-RN, constituindo *locus* de intervenção que possibilitou apreender o que efetivamente tem caracterizado o trabalho de natureza intersectorial realizado pelos assistentes sociais que atuam em na rede pública de saúde.

A pesquisa de campo foi estruturada através da formação de cinco Grupos Focais<sup>15</sup> (GF), cuja realização foi precedida da coleta dos dados secundários, que serviram de base para orientar a definição do roteiro de discussão a ser utilizado nas sessões com cada grupo focal ( Apêndice - A).

Os grupos focais foram formados a partir de convite aberto a todos os assistentes sociais, integrantes das equipes de Serviço Social das unidades e serviços de saúde localizadas no município de Natal-RN, que apresentam maior concentração numérica de assistentes sociais.

Além do convite formal encaminhado às chefias de cada unidade de saúde, foram realizadas reuniões e contatos informais com tais chefias e respectivas equipes, com vistas a combinar data, hora e local das sessões. Além disso, antecedendo as citadas sessões dos GF, foram feitos contatos pessoais com alguns assistentes sociais de cada equipe, com o objetivo de estimular e reforçar a importância da participação do maior número possível de cada equipe. O objetivo dessa preparação foi garantir a presença de profissionais interessados e debater, refletir acerca das diversas práticas, perspectivas e tendências que perpassam a atuação profissional no campo da intersectorialidade.

A rigor, a composição de cada GF foi definida contemplando assistentes sociais por tipo e característica das unidades assim distribuídos:

- a) Grupo Focal I<sup>16</sup> - composto por assistentes sociais das unidades do complexo de saúde da UFRN, formado pelo Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), popularmente denominado Hospital das Clínicas; Maternidade Januário Cicco (MEJEC) e o Hospital de Pediatria da UFRN (HOSPED);

---

<sup>15</sup> O grupo focal pode ser utilizado para buscar entender diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço. Em geral, não é considerado adequado para estudar a frequência com que determinados comportamentos ou opiniões ocorrem. Pode ser considerado como uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes. A essência do grupo focal consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (por isso é chamado grupo focal). (LERVOLINO, 2001).

<sup>16</sup> Contou com a participação de seis assistentes sociais da equipe de Serviço Social do HUOL, que equivale a média de 80% do conjunto da referida equipe; uma assistente social do Hospital de Pediatria., que corresponde a metade do número de assistentes sociais da citada equipe. Não houve participação da equipe da MEJEC, justamente, porque no período de realização da pesquisa, o setor só estava contando com um assistente social em cada turno, sendo uma pela manhã e outra a tarde.

- b) Grupo Focal II<sup>17</sup> - composto por assistentes sociais dos hospitais de urgência e emergência da rede da Secretaria Estadual de Saúde do RN (SESAP-RN), composto por quatro hospitais: Monsenhor Walfrêdo Gurgel (HMWG), maior unidade hospitalar de urgência e emergência do RN, João Machado (JM) - psiquiátrico; Dr. José Pedro Bezerra, mais conhecido como Hospital Santa Catarina (Hospital Geral) e Maria Alice Fernandes (HPMAF), (pediatria);
- c) Grupo Focal III <sup>18</sup> - composto por assistentes sociais do Programa de Internamento Domiciliar (PID) dos seguintes hospitais: HMWG; Hospital Dr. Pedro Bezerra (Santa Catarina); Hospital Giselda Trigueiro (HGT), hospital especializado em doenças infectocontagiosas;
- d) Grupo Focal IV<sup>19</sup> - composto por assistentes sociais das Unidades de Pronto-Socorro (PS), Pronto-Atendimento (PA) e Maternidades da Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS/Natal): Unidade Mista da Cidade da Esperança; Maternidade das Quintas; Maternidade Lady Moraes;
- e) Grupo Focal V - composto por assistentes sociais lotadas em centros clínicos, ambulatórios especializados e convidadas pessoalmente, com base nos seguintes critérios: ampla experiência na atenção básica<sup>20</sup>, história de militância nos espaços de controle social do SUS, militantes de movimentos: social, sindical, antimanicomial. Contemplou assistentes sociais lotados em serviços de atenção à saúde mental, tais como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), saúde do trabalhador, saúde do idoso e Centros Clínicos.

---

<sup>17</sup> Houve uma participação massiva da equipe de Serviço Social do HMWG, o maior hospital do RN, dos 15 assistentes sociais lotados na referida unidade, 10 participaram da sessão do grupo focal. As demais unidades (Hospital Giselda Trigueiro, Hospital Maria Alice Fernandes, Hospital Pedro Bezerra, conhecido como Santa Catarina, enviaram um representante por equipe).

<sup>18</sup> Compareceu 01 (um) assistente social de cada equipe, as quais são compostas, em média, por duas a quatro assistentes sociais.

<sup>19</sup> Compareceu um assistente social de cada equipe, as quais são compostas em média por quatro a seis assistentes sociais.

<sup>20</sup> Haja vista que não foi possível estruturar um GF com assistentes sociais lotados na atenção básica.

Cada GF foi composto por assistentes sociais integrantes da equipe de Serviço Social das unidades e serviços, conforme acima relacionados, a partir de adesão espontânea, baseada no interesse na discussão. Mas, também foi reforçado o convite, especialmente junto às assistentes sociais, com experiência em mais de uma unidade de saúde, que atuam na área da saúde desde 2007, ano de realização da 13ª CNS. Na oportunidade, a temática intersetorialidade ganhou maior notoriedade, passando a ser explicitamente discutida e textualmente inserida nas proposições e deliberações das conferências nos três níveis de governo, bem como no discurso governamental.

Considere-se que não foi possível estruturar um GF com assistentes sociais lotados na atenção básica, exatamente porque, a partir de 2002, com a implantação e expansão do Programa Saúde da Família (PSF) os assistentes sociais que trabalhavam na rede básica de saúde de Natal, foram remanejados para as unidades de pronto atendimento, maternidades, centro clínicos e hospitais, de modo que na atualidade, de um total de 60 (sessenta) unidades de atenção básica de saúde composta por UBSs e USFs, somente sete unidades têm assistentes sociais lotadas, dentre as quais, detectou-se a seguinte situação: uma assistente social encontrava-se de férias; uma assistente social encontrava-se de licença prêmio; e outra de licença para tratamento de saúde.

No Distrito Sanitário Norte I e II (DSN) só uma unidade da rede básica tem assistente social. No Distrito Sul, duas unidades da rede básica dispõem de uma assistente social, sendo uma por unidade, das quais uma encontrava-se de férias. No distrito Leste, duas unidades têm assistente social. No Distrito Sanitário Oeste, duas unidades têm assistentes sociais lotadas, sendo que uma encontrava-se de licença prêmio e a outra está assumindo a função de diretora da unidade. Portanto, um quantitativo muito reduzido, se considerado um universo de mais de 60 unidades da rede básica de Natal.

Cada grupo teve uma sessão de trabalho, que durou em média três horas, com data previamente agendada, conforme o seguinte calendário: 1) GF-01 e GF-02 (segunda semana de novembro de 2009); 2) GF-03 (terceira semana de novembro de 2009); GF-04 (primeira semana de dezembro de 2009); GF-5 (segunda semana de dezembro de 2009).

Os encontros foram precedidos de negociação com as equipes e respectiva chefia, reforçados através de carta convite enviada, formalizando o contato feito

pessoalmente, bem como informando a data, hora e local pactuados de forma a possibilitar a participação das assistentes sociais interessadas. Em geral, tiveram duração média de três horas, tempo em que foi procedida a discussão com base no citado roteiro.

O grupo focal foi utilizado como procedimento para estimular a discussão e reflexão conjunta, para apreender as atividades e mediações que vêm sendo qualificadas pelos assistentes sociais como de caráter intersetorial. Não se debruçou sobre a frequência com que determinados fenômenos, fatos, comportamentos ou opiniões se colocam. Concentrou-se no conteúdo das atividades, procurando extrair dados e concepções a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos, constantes no Apêndice – 1, por isso denomina-se grupo focal, como bem coloca Lervolino (2001).

A rigor, se tratou de uma espécie de entrevista de grupo, permeada pela real interação entre participantes e pesquisadora, contemplando a seguinte dinâmica:

- ⇒ No primeiro momento foram apresentadas as explicações gerais sobre a pesquisa: objeto, objetivos, dinâmica e papel do grupo focal como instrumento de coleta de dados, tempo de duração da sessão;
- ⇒ As sessões foram coordenadas pela pesquisadora, sempre chamando à atenção para questões discutidas, consideradas relevantes, divergentes, recorrentes. Contou com o apoio voluntário de um dos participantes, de cada GF, sobretudo para controle do tempo;
- ⇒ Cada questão, constante do roteiro (Apêndice A), foi discutida, buscando captar o que era comum em todas as falas e o que era divergente. A coordenação listava as ideias centrais de cada fala e indagava se correspondia ao que foi dito e discutido, portanto, confirmava se foi isso mesmo que o grupo quis dizer;
- ⇒ Dada a diversidade das atividades realizadas, optou-se por dar ênfase à discussão, aprofundamento das ações e atividades realizadas que ocorrem e apareceram com mais frequência no discurso das participantes presentes no GF.

Considerou-se que a coleta de dados através do grupo focal, conforme assinala Lervolino (2001), tem como uma de suas maiores riquezas o fato de basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes durante a interação com outros indivíduos, razão pela qual, difere de dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que, talvez, nunca tenha pensado anteriormente.

Assim, partiu-se da premissa de que as pessoas, em geral, precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias, e nesse processo têm a oportunidade de fundamentar melhor sua posição, inclusive podendo reavaliar e rever sua posição inicial, a partir da troca de reflexões e saberes vivenciados na discussão em grupo. Foi exatamente este processo que o grupo focal tentou captar.

Nesse sentido, as posições divergentes foram discutidas e, ao final de cada questão, indagava-se que posições o grupo assumia e mantinha acerca de cada questão, registrando os consensos, as divergências e as situações consideradas especificidades de alguma experiência. No geral, foram discutidas as seguintes questões:

- ⇒ Que demandas chegam ao SS podem ser qualificadas de caráter intersetorial?
  
- ⇒ Por que essas demandas chegam ao SS?
  
- ⇒ Qual o envolvimento dos demais profissionais com a resposta a tais demandas?
  
- ⇒ Em que consiste esse trabalho de articulação intersetorial? Quais as principais atividades e mediações que vocês consideram de caráter intersetorial? / Listar as ações e mediações mais comuns, frequentes no cotidiano profissional. Refletir sobre exemplos;
  
- ⇒ Quais as áreas, setores ou políticas que o AS mais precisa articular / contactar? Como? Que atividades e estratégias são realizadas?
  
- ⇒ O S.S faz acompanhamento acerca do resultado (resolutividade) dos encaminhamentos feitos - articulação de acesso a outros serviços?

- ⇒ A equipe de S.S finaliza os casos registrando a sua conclusão?  
Sistematiza os problemas mais frequentes? O que faz com a informação?

A técnica de grupo focal compreende duas maneiras básicas de se proceder à análise: o sumário etnográfico e a codificação dos dados, através da análise de conteúdo. A diferença principal entre estes dois procedimentos é que o primeiro vai repousar nas citações textuais dos participantes do grupo, que vão assim ilustrar os achados principais da análise, enquanto o segundo enfatiza a descrição numérica de como determinadas categorias explicativas aparecem ou estão ausentes das discussões, e em quais contextos isto ocorre. Ressalte-se que eles não são excludentes entre si, sendo possível combiná-los em um só relatório de análise.

Entretanto, nessa pesquisa, as falas e/ou relatos foram muito recorrentes, semelhantes, em geral apresentando uma grande semelhança e frequência, nos diversos GF, bem como nos dados da pesquisa documental. Isto levou a optar-se pela concentração na discussão para efeito de adensamento das respostas, buscando categorizar, nominar e discutir o conteúdo dos grandes blocos de respostas que representam o conjunto das atividades, ações e mediações que apareceram com mais ênfase e frequência nos documentos analisados, relatos e discussões apresentadas nos GF.

Outrossim, buscou-se esclarecer questões que deixaram de ser colocadas, mas que foram sinalizadas na pesquisa documental, indagando se não se apresentam no cotidiano ou se não constituem objeto de preocupação das equipes de Serviço Social.

Lervolino (2001) enfatiza que os dados colhidos com a utilização da metodologia de grupo focal são de natureza qualitativa, implicando na necessidade de analisá-los também de forma qualitativa, pois não demandam tratamento estatístico, mas um conjunto de procedimentos que visam organizar os dados de modo que possam revelar, com a máxima objetividade e isenção possível, a realidade retratada e como os sujeitos que dela participam a percebem e se relacionam com o objeto de estudo em pauta.

Nessa direção, optou-se por categorizar, descrever e analisar as questões mais contundentes, significativas em relação à atuação cotidiana dos assistentes no

campo da intersetorialidade no processo de implementação da política de saúde na realidade de Natal.

Dessa forma, para efeito de exposição, as demandas, atividades e ações foram condensadas e organizadas em campos de interface entre a política de saúde e as demais políticas sociais com as quais os assistentes sociais realizam a maior parte das articulações intersetoriais, conforme exposto no Capítulo III.

No geral, o presente estudo combinou dados secundários e primários em um movimento de aproximações sucessivas ao objeto de estudo, em suas expressões e relações universais, singulares e particulares, conformando permanente busca para refletir acerca da contribuição do Serviço Social na construção da intersetorialidade no âmbito do SUS enquanto política de Estado e de seguridade social.

Recorreu-se aos dados e informações disponíveis em documentos, publicações e bancos de dados online do MS, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) / Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), do CNS; do CONASS, da SESAP/RN e SNS/Natal, destacando-se: portarias, normas, instruções normativas, relatórios de gestão, relatórios de conferências, bem como documentos e bibliografia pertinente, especialmente as produzidas e/ou veiculada pelo MS.

Nesse sentido, os dados coletados na pesquisa de campo, por meio dos grupos focais, foram cuidadosamente analisados, comparados com a pesquisa documental e analisados à luz do referencial teórico da Reforma Sanitária, configurando um processo de complementaridade com vistas a apreender o objeto em sua totalidade.

Igualmente, procedeu-se a revisão da literatura especializada em Serviço Social e Saúde, sobre a questão Saúde, destacando a Reforma Sanitária, a construção do SUS e a questão da intersetorialidade, somando-as ao exame de documentos e instrumentos de registro das atividades utilizados no cotidiano do exercício profissional do Assistente Social, nas unidades de saúde, tais como: relatórios de atividades, relatórios de casos, mapas de produtividade, livros de ocorrência, encaminhamentos realizados. Além disso, foram analisadas portarias, normas, estatísticas e os Parâmetros de Atuação do Serviço Social na Política Pública de Saúde elaborados pelo Conselho Federal de Serviço social (CEFESS) em parceria com os Conselhos Regionais de Serviço social (CRESS).

O conjunto das reflexões se baseou no resultado da análise dos citados documentos, procurando aprofundar as indicações e pistas para empreender uma releitura das demandas e requisições colocadas ao Serviço Social, concentrando-se na questão da intersectorialidade.

Nesse processo, pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, análise de dados secundários e os dados empíricos foram concomitantemente utilizados, reutilizados e alimentados à luz do referencial teórico, fundamentado na teoria social crítica, alinhando-se na perspectiva do Projeto da Reforma Sanitária e do Projeto Ético, Político e Teórico-Metodológico, hegemônico no Serviço Social, de forma que a pesquisa bibliográfica e documental permeou todo o processo de investigação, reflexão e redação.

Esta tese se estrutura da seguinte forma:

- 1) Na introdução discorre-se acerca da relevância do tema para a saúde, em sentido ampliado, destacando as principais indagações e questões conceituais que permeiam o debate e a necessidade de construção da intersectorialidade no campo da saúde pública no Brasil pós-Constituição de 1988, bem como explicita-se o objeto, objetivos, concepções, questões metodológicas dessa pesquisa;
2. No segundo capítulo, que trata a questão da relação entre Concepção Ampliada de Saúde & Intersectorialidade no contexto do SUS, estão esplanadas as considerações gerais sobre a questão da intersectorialidade na trajetória das políticas de saúde no Brasil, destacando aspectos históricos, conceituais e teóricos que envolvem a conquista do direito à saúde, nos termos formulados pelo MRSB, o qual definiu que a saúde é resultante das condições de vida, enfatizando a importância da intersectorialidade como estratégia para efetivá-lo. E, nessa perspectiva, discute as principais proposições e teses desse movimento, identificando a sua relação com a questão da intersectorialidade;
3. O Capítulo III aborda o Trabalho de Articulação Intersectorial Desenvolvido pelos Assistentes Sociais no Cotidiano do SUS em Natal-RN, expondo e analisando o resultado da pesquisa; trata de forma mais específica a

questão das demandas, atividades e mediações de caráter intersetorial, no cotidiano dos assistentes sociais que trabalham na rede pública de saúde em Natal-RN.

No geral, essa pesquisa possibilitou identificar várias lacunas, em termos de necessidade de maior apropriação conceitual, acerca da questão da intersetorialidade no campo da saúde, especialmente indicando a necessidade de estudos específicos sobre estratégias de articulação intersetorial, envolvendo a garantia de direitos humanos e sociais básicos, dentre os quais destacam-se: habitação, segurança alimentar, defesa social e cidadania civil, bem como a discussão de temáticas tais como: violência e saúde, violência doméstica, controle social, participação popular e intersetorialidade.

Este estudo alcançou seus objetivos na medida em que possibilitou identificar as demandas ao Serviço Social no campo da intersetorialidade, identificando as principais áreas com as quais o SUS precisa estabelecer relações mais orgânicas, planejadas e articuladas e, sobretudo, permitiu apreender como se efetiva o trabalho de articulação intersetorial realizado por assistentes sociais no contexto do SUS.

Vale ressaltar que, para o desenvolvimento de novas análises sobre o tema, especialmente no que se refere às áreas com as quais o Serviço Social mais se articula para efetivar o direito à saúde, destacam-se: I) Demandas no campo da Assistência Social; Demandas no campo do Trabalho, Previdência Social e Seguro Social; III) Demandas no campo Sóciojurídico e Defesa Social.

Por fim, apresenta as considerações finais, destacando que, embora a intersetorialidade venha sendo tratada como atividade e não como diretriz estratégica na implementação da política de saúde no contexto do SUS, o trabalho de articulação intersetorial realizado pelos assistentes sociais constitui a mais permanente articulação entre o SUS e as demais políticas sociais.

## 2 CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE NO ATUAL CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

As proposições sintetizadas no Relatório da 8ª CNS condensam um conjunto articulado de princípios e diretrizes político-sanitárias, fundamentados na concepção ampliada de saúde que explicitam claramente as principais teses do MRSB<sup>21</sup>, dentre as quais se destacam a:

- a) saúde como direito social, essencial, universal e integral;
- b) determinação social do processo de adoecimento, que, amparada no princípio da integralidade, impõe a necessidade de intervenção do Estado para enfrentar os determinantes e condicionantes dos níveis de saúde da população;
- c) necessidade de participação social como condição essencial para efetivar o direito à saúde.

Enquanto expressão da resistência e conquista dos setores progressistas, particularmente do MRSB, a Constituição Federal (CF) de 1988 ratificou grande parte das principais deliberações da 8ª CNS, definindo a saúde como direito essencial assegurado ao cidadão de forma universal e igualitária, devendo o Estado colocar à sua disposição serviços que tenham por finalidade promover, proteger e recuperar a saúde.

Com base no Relatório da 8ª CNS, a Lei 8080/90 aprofunda e detalha os preceitos constitucionais ao conceber a saúde como resultante das condições de vida, qualificando-a como expressão da forma de organização social e econômica do país, deixando patente que a efetivação do direito à saúde refere-se às garantias mais abrangentes, ao dever do Estado brasileiro e não apenas do SUS.

---

<sup>21</sup> Movimento de Reforma Sanitária, protagonizado por trabalhadores do setor, usuários e grupos de estudo e organizações acadêmicas, com destaque para o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), pela Renovação Médica (REME) e em seguida pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

De acordo com Carvalho (2006:38),

o direito insculpido na segunda parte do artigo 196 (acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção e recuperação) e explicitado no artigo 198 é de eficácia plena, imediata, não podendo o Estado postergá-lo nem condicioná-lo à futura implementação de programas sociais e econômicos. Ainda que saibamos que a saúde, em sua expressão maior, dependerá sempre de um conjunto de medidas abrangentes, de políticas públicas nos mais variados campos, a execução de serviços de saúde em áreas como vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, assistência terapêutica, a assistência farmacêutica, a saúde do trabalhador, a política de hemoterapia, os transplantes, conforme explicitado na Lei 8080/90, deve ser efetiva, imediata, colocada à disposição da coletividade como uma obrigação estatal, um dever jurídico a ser cumprido, como um direito de eficácia plena imediata. (CARVALHO; 2006, p.38)

O pressuposto de que a efetivação do direito à saúde não pode se concretizada independente do conjunto dos determinantes e condicionantes remete ao Estado o dever de assegurar as condições necessárias para que o cidadão usufrua de forma ampla das garantias estabelecidas não apenas na LOS, de nº 8.080/90, mas também nos demais direitos sociais e legislação correlata<sup>22</sup>, e sobretudo impõe que o Estado brasileiro, através de várias instituições e políticas econômicas e sociais, assegure o atendimento das necessidades de saúde do cidadão. Isso significa que,

[...] a assistência à saúde não pode ficar à mercê de programas governamentais que podem não acontecer, esvaziando o artigo 196 da Constituição em seu conteúdo, que é a eficácia e eficiência do Estado no pronto atendimento das necessidades do cidadão. Nesse ponto não há o que objetar. A saúde representa, a partir do texto constitucional de 1988, prerrogativa indisponível assegurada ao cidadão indistintamente. (CARVALHO, 2006, p.37).

A rigor, a abrangência do conceito de saúde inscrito na LOS, segundo Carvalho (2006:40), fez com que num mesmo dispositivo fossem justapostas normas de eficácia imediata e normas de efeitos diferidos no tempo, sob a forma de determinação que obriga o Estado a:

⇒ Manter ações e serviços públicos de saúde que possam prevenir, de modo mais direto, mediante uma rede de serviços regionalizados e

---

<sup>22</sup> Entre as quais se destacam: Código Sanitário; Código de Proteção e Defesa do Consumidor; a Legislação ambiental; e, a Lei Orgânica da Assistência Social.

hierarquizados, os riscos de agravo à saúde (assistência preventiva) e recuperar o indivíduo das doenças que o acometem (ações curativas);

⇒ Garantir políticas e/ou programas sociais e econômicos que visem à redução coletiva de doenças e agravos, com melhoria da qualidade de vida.

Essa dupla responsabilidade expressa no artigo 196 tem grandes implicações no financiamento da política de saúde e na gestão do sistema de saúde. Na realidade, conforme explicita Carvalho (2006),

[...] essa divisão do artigo 196 também se justifica em relação ao financiamento da saúde. Se 'quase tudo', pode interferir na saúde do cidadão, conforme disposto na Emenda Constitucional nº 29, seria impossível de ser implementado. Daí a necessidade de o poder público, em sua organização administrativa, delimitar as áreas a serem executadas por ministério, ainda que haja uma interligação entre as atividades desenvolvidas. (CARVALHO, 2006, p.40).

Note-se que grande parte da garantia do direito à saúde requer a existência de planos e programas governamentais que assegurem ao indivíduo e à coletividade tudo aquilo que possa ser considerado essencial para satisfação de sua saúde em sentido ampliado: moradia, salário e alimentação dignos, lazer, etc. Essa dimensão ampla, conforme Carvalho (2006), a torna fluida, difusa e de difícil mensuração, cuja efetivação relaciona-se a uma infinidade de outras áreas de prestação de serviços públicos.

No entanto, as dificuldades de financiamento se vinculam mais às questões de ordem política, econômica e social do que a tal fluidez. Assim, mesmo definindo importantes fontes para o financiamento da seguridade social, as inúmeras dificuldades enfrentadas para assegurar recursos a essa área têm uma relação direta com a Reforma do Estado, especialmente envolvendo as reformas: Tributária, Previdenciária e Trabalhista, dentre outras polêmicas, que expressam os conflitos de interesses e os projetos em disputa, hegemônica pelas forças políticas contrárias à efetivação dos direitos conquistados e à própria construção de um novo pacto federativo nos termos preconizados pela C.F de 1988.

Segundo Bravo (2007), tanto na CF quanto na LOS, foi no campo do financiamento, nas questões relacionadas a medicamentos, indústria farmacêutica e saúde do trabalhador que houve mais dificuldades de ampliar as conquistas, destacando-se o fato de a seguridade social não contemplar o direito dos trabalhadores de se negarem a trabalhar em lugares comprovadamente insalubres.

Embora o direito à proteção à saúde seja mais amplo, e por isso fluido, do que as necessidades de saúde passíveis de solução através da prestação de serviços de assistência médica, enquanto direito do cidadão e dever do Estado, as necessidades de saúde que não constituem objeto direto da ação do SUS devem ser atendidas por outras políticas sociais. Mas é de responsabilidade da política de saúde planejar articulando ações necessárias junto às demais políticas.

É nesse sentido que o Artigo 12 da Lei 8080/90 preconiza que comissões intersetoriais devem articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, mas relevante para a saúde, inclusive destacando algumas delas, tais como: meio ambiente, saneamento, alimentação, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais.

Assim, o direito à saúde, conquistado na C.F e legislação ordinária, preconiza um amplo usufruto do conjunto dos direitos sociais e de cidadania, cuja efetivação requer ampliar o nível de organização e participação nas decisões e na gestão das políticas públicas, especialmente a de saúde.

Essa ampla responsabilidade do Estado brasileiro requer a estruturação de políticas de Estado e a obrigação de efetivá-las envolve o Poder Executivo, Legislativo e o Judiciário, bem como ações, medidas e articulações para além do sistema de saúde, incluindo as demais políticas sociais que perpassam, portanto, questões relacionadas ao padrão de desenvolvimento, ao aprofundamento da democracia institucional e as relações entre Estado e sociedade. Esse é o sentido da Reforma Sanitária.

Como se pode observar a Reforma Sanitária é mais abrangente que o Sistema de Saúde, porém o SUS é uma das principais estratégias de implementação da referida reforma, inclusive com a tarefa de institucionalmente articular iniciativas e coordenar ações com vistas à efetivação do direito à saúde, tanto no âmbito do sistema de saúde quanto articulando as demais políticas públicas.

Conforme Paim (2009), o SUS, pode ser considerado uma política de saúde de natureza 'macro-social' derivada do projeto da Reforma Sanitária brasileira, articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência, e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas de saúde.

Mais que ampliar o conceito de saúde, a novidade que marca a luta e o projeto da RSB é, exatamente, compreendê-la como resultante das condições de vida e como expressão da forma de organização social e econômica do país, considerando a democracia e a participação como condição estratégica para a promoção e efetivação do direito à saúde. Isso significa reconhecer a necessidade de uma ampla reforma social.

Conforme Miotto e Nogueira (2006),

além de prever o acesso universal e igualitário como dever do Estado, os determinantes das condições de vida incorporados ao texto constitucional articulam dois setores: o social e o econômico. Ultrapassam uma visão de direito e política social, que tem prevalecido no país, de se pensar a distribuição de bens e serviços autonomizada em relação à esfera da produção. (MIOTTO; NOGUEIRA, 2006; p. 223)

Para tanto, foi legitimado o direito do cidadão não somente de exigir as providências cabíveis nas instâncias administrativas e no judiciário, mas também de participar da formulação, acompanhamento e avaliação da política de saúde.

No entanto, apesar de tal compreensão constituir um consenso, expresso nas deliberações da maioria dos grandes eventos e organizações nacionais e internacionais a partir da conferência de Alma-Ata, bem como sendo legalmente incorporada ao arcabouço legal brasileiro, após 21 anos de promulgada a C.F de 1988, a concepção ampliada de saúde ainda não constitui efetivo alicerce do modelo assistencial hegemônico no SUS.

Ainda nos deparamos "com obstáculos tais como: clientelismo político, fisiologismo; debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; falta de compromisso com os serviços públicos; deficiências no suprimento de insumos". (PAIM, 2009, p.28). Também persistem ações fragmentadas e a ausência de medidas e práticas moldadas pela intersectorialidade.

Na interpretação de Costa, Pontes e Rocha (2006),

os governos, especialmente os municípios, têm decidido sobre suas políticas fundamentais quase sempre de forma segmentada e setorializada, utilizando um conjunto de organizações dos municípios reforça a fragmentação das políticas, com vários escalões hierárquicos e departamentos separados por disciplinas ou áreas de especialização. Tais estruturas dificultam aos cidadãos o exercício do controle social sobre seus direitos da segunda geração – direitos sociais e econômicos -, uma vez que os problemas que eles vivenciam têm origens múltiplas, tornando impossível cobrar sua solução de um único setor. (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006, p. 106).

Acrescentam ainda que

isso ocorre porque a burocracia ainda acredita que a realidade é passível de reduções que operam a partir da criação de categorias ou setores estanques, os quais, justapostos, formam o desenho social. Tal premissa, entretanto desconsidera os múltiplos vínculos estabelecidos entre as necessidades humanas, bem como o alto grau de complexidade das relações sociais contemporâneas (SOTERO, 2002. Apud, COSTA; ROCHA, 2006; p.106).

A rigor, não se trata apenas de uma crença da tecnoburocracia, mas de um processo que se vincula à racionalização capitalista e à correlação de forças estabelecidas na sociedade brasileira. Por isso, deve ser compreendido e apreendido em suas determinações históricas, estruturais e conjunturais, especialmente, no que se refere às condições sob as quais se desenvolveram as políticas sociais, particularmente as políticas de saúde no contexto da sociedade capitalista, destacando-se as implicações e particularidades que têm marcado a sua conformação econômica, social e política na realidade brasileira.

Portanto, requer compreender porque a despeito do avançado arcabouço jurídico-legal, ao longo dos 20 anos de construção do SUS, a saúde no Brasil ainda padece de vários males cujas soluções foram aprovadas na 8ª CNS e incorporadas à CF de 1988.

A rigor, exige analisar porque apesar dos avanços conquistados no contexto do SUS, a política de saúde ainda permanece profundamente marcada por ações curativo-individuais, hospitalocêntricas, deficientes, insuficientes, estruturadas de forma setorial e desarticuladas. E, em geral, seu planejamento ainda é desvinculado da concepção ampliada de saúde e indiferente ao conjunto dos determinantes e condicionantes sociais do processo de adoecimento, não incorporando a intersetorialidade como diretriz.

Portanto, refletir por que ao longo de duas décadas de implantação e desenvolvimento do SUS, também em nível do discurso, a bandeira da Reforma

Sanitária: Democracia é Saúde, Saúde é Qualidade de Vida, em geral, foi sendo subsumida, em detrimento do debate acerca da organização, gestão e financiamento do SUS. Desse modo, foi ficando praticamente arrefecida<sup>23</sup>, inclusive se traduzindo em uma reduzida incorporação do conceito ampliado de saúde em termos de financiamento, planejamento, gestão do sistema, organização do processo de trabalho e, conseqüentemente, nas práticas sanitárias.

Essa situação só pode ser compreendida à luz de uma análise histórica estrutural acerca da conformação das políticas de saúde no Brasil em suas relações com o modo de produção capitalista, na particularidade da formação econômica, social e política da sociedade brasileira, bem como requer análise sobre o processo de construção do SUS enquanto integrante do Sistema de Seguridade Social brasileiro, que constitui objeto de discussão nos tópicos seguintes.

## 2.1 CAPITALISMO E SAÚDE PÚBLICA: NOTAS SOBRE A CONFORMAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O reconhecimento, em nível internacional, de que há uma decisiva relação entre saúde e condições de vida marca o próprio nascimento da saúde pública como área do conhecimento científico e como objeto de políticas públicas. A política de saúde, como intervenção capaz de realizar ações voltadas para promoção e prevenção da saúde através da fiscalização da qualidade dos ambientes (inclusive os de trabalho), produtos e serviços, constitui a primeira atribuição originalmente associada ao papel da política de saúde em seus primórdios.

---

<sup>23</sup> Na interpretação de Bravo e Menezes (2008, p.19), “o movimento sanitário, formulador do Projeto da Reforma Sanitária e do SUS, durante a década de 1990 ficou em posição defensiva apenas resistindo aos ataques ao SUS”. Paim (2009, p. 32) acrescenta que a Reforma Sanitária Brasileira esteve ausente dos editoriais do CEBES nos anos de 1999 e 2000, a não ser quando foi feita uma homenagem póstuma ao sanitarista e militante David Capistrano Filho, reaparecendo a partir de então. Esteve ausente também, nos editoriais da ABRASCO durante duas diretorias (1994-1996 e 1996-2000), com exceção do que trazia a posição da entidade acerca da 10ª CNS. Como discurso, a RSB volta a comparecer no documento elaborado pela ABRASCO para a 11ª CNS e passa a frequentar, enquanto tal, os editoriais da entidade até meados de 2003, tornando a desaparecer nas diretorias subsequentes. Assim, a Reforma Sanitária Brasileira foi banida dos Relatórios da 9ª, 10ª e 11ª Conferências, só reaparecendo na 12ª, ocorrida em 2003. Mesmo como “retórica sanitária” Reforma Sanitária, o “projeto” foi subsumido em função das agendas, imediatistas, do SUS.

Rosen (1983) afirma que o termo saúde pública, por si, exprime a sua natureza política. Portanto, sua prática implica necessariamente uma determinada intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população.

Contudo, essa concepção foi rapidamente abandonada na medida em que as políticas de saúde foram sendo incorporadas à lógica do capital. Por vezes, retomada e ampliada como questão central pelos movimentos e projetos de Reforma Sanitária em nível internacional e nacional, em conjunturas de grandes mobilizações políticas de questionamentos a tal lógica.

Assim, historicamente, a moderna saúde pública vincula-se às respostas organizadas para atender às necessidades advindas do processo de industrialização e urbanização e o conseqüente aumento das desigualdades sociais que se fizeram acompanhar da falta de moradia adequada e/ou da precariedade e insalubridade das condições de moradia, da poluição por excrementos e lixo doméstico, bem como resíduos, poluentes e lixo tóxico industrial, entre outros. (Cf.; ROSEN, 1994, p.152-157).

Segundo Rosen (1983, p.34), já no século XVII, surgem medidas voltadas para a melhoria dos níveis de saúde da população, as quais, anos mais tarde, foram aplicadas com maior intensidade nos Estados alemães, que, fortemente influenciados pela teoria da monarquia absolutista, desenvolveram a ideia de polícia médica, através da qual o governo passou a estabelecer regulamentos no intuito de assegurar bem-estar ao povo e ao país.

Em geral, tratava-se de supervisionar as parteiras, cuidar dos órgãos públicos, da nomeação de médicos e cirurgiões, da proteção contra a praga e outras doenças contagiosas, do uso do tabaco e bebidas alcoólicas, da inspeção dos alimentos e água, das medidas para limpar e drenar as cidades, da manutenção de hospitais e fornecer auxílio aos pobres.

A visível relação entre deterioração da saúde e os problemas relacionados ao processo de industrialização e urbanização levou o governo inglês, em 1834, a criar a *Poor Law Commission*, a qual tinha como objetivo enfrentar os problemas de saúde que vitimavam a população, buscando meios para responder à questão, incorporando propostas de caráter preventivo relacionados aos problemas de saúde

decorrentes do vertiginoso processo de pauperização e aprofundamento das desigualdades provocadas pelo modo de produção capitalista. (COSTA, N., 1986).

Conforme Costa N (1986), apud Carneiro (2008), tal intervenção do Estado inglês, em relação aos graves problemas sanitários da Inglaterra, teve grandes repercussões na Europa e na América, em países como a França, Bélgica, Prússia e outros países continentais, especialmente os Estados Unidos, que também passaram a adotar medidas voltadas para problemas semelhantes, abrangendo questões relacionadas a:

- ⇒ Migração e crescimento das cidades industriais;
- ⇒ Superpopulação dos bairros pobres;
- ⇒ Ausência de saneamento e suprimento de água;
- ⇒ Precárias condições de moradia;
- ⇒ Elevados níveis de exploração do trabalho feminino e infanto-juvenil;
- ⇒ Exacerbados níveis de insalubridade e degradação dos ambientes de trabalho nas indústrias.

Conforme Susser (1998) apud Buss e Pellegrini Filho (2007), entre os diversos paradigmas explicativos para os problemas de saúde, em meados do século XIX, predominava a teoria miasmática, que analisava as importantes mudanças sociais e práticas de saúde observadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização ocorridos naquele momento histórico, destacando estudos sobre a contaminação da água e dos alimentos, assim como sobre riscos ocupacionais, com importante reforço para o conceito de miasma e para as ações de saúde pública.

Além de Susser, destacaram-se outros autores vinculados a essa corrente de pensamento, tais como: Chadwick (1842) Villermé (1840) e Engels (1845).

Segundo Godoy (2008), do ponto de vista da classe operária, ainda que uma voz isolada, Engels (1845) vai mais além em sua obra “A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra” (*Die Lage der Arbeitenden Klasse in England*), ao contestar o impacto das relações sociais capitalistas nas condições de vida do

proletariado urbano. Ele relata a terrível situação da classe trabalhadora inglesa na segunda metade do século XIX, descrevendo as condições de miséria a que eram submetidos os operários e a grande maioria dos trabalhadores ingleses, inclusive destacando aspectos relacionados à forma de ocupação do espaço urbano das cidades inglesas conforme a classe social de seus habitantes.

Para Akerman, et.al (2007), na referida obra, Friedrich Engels (1845) faz uma clara relação entre as condições de vida da classe trabalhadora e a ocorrência de doenças, mortes e agravos, concluindo que as condições de vida interferem diretamente na produção da saúde, associando pobreza e injustiça com doença, morte e degradação da dignidade humana.

Assim, há um consenso entre os sanitaristas defensores de que a saúde tem uma estreita relação com as condições de vida, de que é no contexto da sociedade capitalista que os problemas de saúde pública, resultantes do processo de expropriação, industrialização e urbanização, expressaram-se na generalização das condições insalubres nas fábricas e nas ruas, causando epidemias e endemias como nunca se havia visto antes. Conforme Rosen (1994, p.156), [...] “ultrapassando, em muito, quaisquer esforços voluntários, fragmentários, para enfrentar os novos desafios”.

É nesse sentido, que [...] “o processo criador da economia de mercado, da fábrica e do ambiente urbano moderno trouxe à luz problemas que tornaram necessários os novos meios de prevenção da doença e de proteção da saúde pública”. (ROSEN, 1994, p.156).

Até então, a saúde pública que, em geral, se voltava genericamente para medidas inspiradas no higienismo, centradas na preocupação de higienização dos ambientes fabris, espaços públicos e para a educação em saúde, com vistas à formação de hábitos e condutas de vida mais saudáveis, diante dos graves problemas criados com o processo de industrialização, passa a intervir também no sentido de cuidar da saúde individual dos trabalhadores, nos termos da assistência curativa individual. Tais políticas passam a integrar um conjunto de medidas voltadas para assegurar o aumento da produtividade do trabalho.

Ao vincular-se a necessidade do aumento da produtividade do trabalho, no contexto da sociedade capitalista, as políticas de proteção à saúde, embora partindo

das reivindicações da classe trabalhadora, são guiadas por imperativos da ordem econômica e da racionalidade do capital. Nesses termos, muito distante de serem tomadas a partir da concepção ampliada de saúde fundada nas necessidades humanas e nos direitos de cidadania.

De fato, nas últimas décadas do século XX, as políticas de proteção se desenvolveram extremamente associadas às necessidades do capital. Segundo Buss (2007), a partir dos estudos de Koch e Pasteur, sobre a biologia e a microbiologia, que influenciaram decisivamente a concepção restrita do processo saúde-doença, fundamentado-a na teoria da mono/multicausalidade, configurou um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença, denominado “paradigma bacteriológico”.

Tal perspectiva, embora destacasse aspectos relacionados à idade, raça, sexo, etc., não considerava as condições de vida e trabalho dos indivíduos. Reduzia e explicava os problemas de saúde a partir da relação agente/hospedeiro circunscritos a um determinado ambiente. Nesse sentido, passou-se a formatar as modalidades de enfrentamento dos problemas de saúde através da identificação e explicação do processo de causa e efeito, predominantemente baseado no pensamento clínico e na intervenção médica.

Ressalte-se que a “história da criação da primeira escola de saúde pública nos Estados Unidos, na Universidade Johns Hopkins, é um interessante exemplo do processo de afirmação da hegemonia desse paradigma.”[...] como bem coloca Buss (2007).

Concomitantemente, os laboratórios passaram a assumir papel de destaque no então denominado “avanço científico”, segundo Silva Junior (1998), a ponto de serem compreendidos como o próprio *locus* da produção científica e núcleo central do desenvolvimento da medicina científica.

Não é à toa que, a partir desse período, verificou-se uma grande expansão da indústria farmacêutica, indústria de equipamentos e das instituições de ensino e pesquisa médica, conformando as bases para o modelo hospitalocêntrico, alicerçando e alimentando as raízes ideológicas da saúde enquanto ausência de doença.

Mendes (1996), apud Carneiro (2008, p. 28), ressalta que este modelo torna-se hegemônico no início do século XX, tendo como marco o Relatório do americano Abraham Flexner, publicado em 1910, o qual enfatiza os seguintes componentes

indispensáveis ao modelo assistencial proposto: individualismo<sup>24</sup>, biologismo<sup>25</sup>, especialização<sup>26</sup>, tecnificação do ato médico<sup>27</sup>, e curativismo<sup>28</sup>.

Tal modelo foi denominado por Mendes (1996), modelo médico-assistencial privatista e, por Franco e Merhy (2007), modelo médico-centrado e/ou procedimento-centrado, no qual, conforme sintetiza Carneiro (2008), a atenção à saúde é organizada e realizada centrada exclusivamente na figura do médico, pautada basicamente na produção de procedimentos, de tal modo que a atenção se confunde com a produção de consultas e exames, e cada vez mais associada à crescente medicalização da sociedade.

Esse modelo passa a hegemonizar a denominada moderna saúde pública, subordinando a saúde coletiva à individual, embora, em nível do discurso, procure organizar serviços voltados para proteger a saúde e disponibilizar meios para atendê-la, na prática assistencial, reduzindo a atenção à dimensão biológica individual centrada em intervenção médica e procedimentos curativos individuais.

No dizer de Mendes (1996), esse modelo oferece respostas restritivas e unilaterais, ao organizar a atenção focalizando “causas” e “efeitos” em saúde, estruturada em uma abordagem clínica circunscrita a indivíduos isolados do contexto econômico e social em que se inserem, principalmente a sua inserção na produção.

A rigor, esse processo foi permeado por disputas ideológicas e técnico-políticas. De acordo com Buss (2007), ocorreram importantes debates entre as diversas correntes e concepções sobre a estruturação do campo da saúde pública,

---

<sup>24</sup> No sentido de que o corpo humano passa a ser analisado como uma máquina, onde cada parte e cada órgão desenvolve de modo particular uma função, cujo somatório resulta na harmonia do corpo. Neste sentido, a atenção volta-se para a doença em cada parte ou órgão, portanto para o indivíduo, sem considerar os fatores da vida social.

<sup>25</sup> Ressalta os aspectos biológicos e exclui a história social das doenças.

<sup>26</sup> De forma que o cuidado fica reduzido à parte doente e não ao todo, ou seja perde a dimensão holística e, assim, submete-se e reproduz a lógica do processo de acumulação do capital, subsumido pela divisão social e técnica do trabalho, a rigor considerando a fragmentação do processo de produção uma necessidade natural pertinente ao avanço técnico e científico. Assim, também naturaliza a fragmentação do usuário e próprio trabalhador em saúde.

<sup>27</sup> Configurando e reduzindo as práticas em saúde a uma mediação entre o homem e a natureza, de modo que com a expansão da tecnologia médica multinacional dos países centrais, inibiu os países periféricos no que tange à sua capacidade de inovar e desenvolver essa tecnologia.

<sup>28</sup> Concentra-se nos aspectos fisiopatológicos, na farmacologia e na intervenção clínica e/ou cirúrgica para a cura. Assim, explica as causas das enfermidades e fundamenta o seu tratamento conferindo centralidade aos fatores biológicos.

sobretudo a partir de 1913, quando a Fundação Rockefeller decide propor o estabelecimento de uma escola para treinar os profissionais de saúde pública, até a decisão, em 1916, de financiar sua implantação em Johns Hopkins.

No centro desse debate estiveram questões como: deve a saúde pública tratar do estudo de doenças específicas, como um ramo especializado da medicina, baseando-se fundamentalmente na microbiologia e nos sucessos da teoria dos germes ou deve centrar-se no estudo da influência das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos? Outras questões relacionadas: a saúde e a doença devem ser pesquisadas no laboratório, com o estudo biológico dos organismos infecciosos, ou nas casas, nas fábricas e nos campos, buscando conhecer as condições de vida e os hábitos de seus hospedeiros? (BUSS, 2007, p. 79).

Embora o conflito entre saúde pública e medicina e entre os enfoques biológico e social do processo saúde/doença estivessem no centro do debate sobre a configuração desse novo campo de conhecimento, de prática e de educação, a escolha de Hopkins, pela excelência de sua escola de medicina, de seu hospital e de seu corpo de pesquisadores médicos, representou o predomínio do conceito da saúde pública orientada para o controle de doenças específicas. Fundamentada no conhecimento científico baseado na bacteriologia, esse modelo contribuiu para “estretar” o foco da saúde pública, que passa a distanciar-se das questões políticas e dos esforços por reformas sociais e sanitárias de caráter mais amplo.

Mais que isso, na interpretação de FEE (1987) apud Buss (2007, p. 79),

a influência desse processo e do modelo por ele gerado não se limita à escola de saúde pública de Hopkins, estendendo-se por todo o país e internacionalmente. O modelo serviu para que nos anos seguintes a Fundação Rockefeller apoiasse o estabelecimento de escolas de saúde pública no Brasil (Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo), Bulgária, Canadá, Checoslováquia, Inglaterra, Hungria, Índia, Itália, Japão, Noruega, Filipinas, Polônia, Romênia, Suécia, Turquia e Iugoslávia. (FEE, 1987).

Note-se que, na maioria, as análises produzidas pelo MRSB afirmam que as políticas de saúde no Brasil não têm se efetivado para atender às reais necessidades de saúde da população. Mas, em geral, são determinadas por articulações e interesses de prestadores de serviços e do complexo médico-industrial da saúde, que pressionam no sentido de incorporação tecnológica

selvagem e de racionalização capitalista voltados para a reprodução ampliada de capital.

Assim, no Brasil, a exemplo do que tem acontecido em nível internacional, a expansão dos serviços de saúde tem se efetivado mediante incorporação da racionalidade capitalista de produção, com relativa incorporação da lógica da produção industrial, bem como profundamente determinada pelos interesses da indústria farmacêutica, de equipamentos biomédicos e pela dinâmica do capital financeiro. (COSTA, M., 1998).

Nesse sentido, não há dúvidas de que,

[...] dentre todas as tentativas de racionalização capitalista dos serviços, talvez o caso mais espetacular se localize na área da saúde, com a introdução de critérios de rentabilidade de empresas industriais nos hospitais, a utilização da informática, a parcelarização, padronização e a burocratização do ato e/ou das atividades de tratamento médico. (LOJKINE, 1995, p. 286, apud. COSTA, M., 1998).

Esse processo assume grandes proporções, atingindo dimensões externas aos serviços de saúde, tais como o amplo desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos de apoio ao diagnóstico; e dimensões internas, relacionadas à forma de organização de ações e serviços cada vez mais especializados e fragmentados, marcando profundamente a organização dos serviços de saúde nos países capitalistas, particularmente no Brasil.

Portanto, impõe limites à forma de conceber e operacionalizar as políticas públicas, especialmente a de saúde, determinando sobretudo a desarticulação interinstitucional e intersetorial.

Essa desarticulação se revela também em relação ao conjunto dos direitos sociais, marcando fortemente a racionalidade do sistema tradicional de saúde e ainda constitui forte herança que permeia, resiste e tensiona o processo de desenvolvimento do SUS.

Na interpretação de Ianni (1999, p.145) deve-se considerar que “desde o princípio, o processo de desenvolvimento capitalista é simultaneamente um processo de racionalização...”. E, que,

[...] juntamente com as relações, os processos e as estruturas próprias do capitalismo, ocorre o desenvolvimento de formas racionais de organização das atividades sociais em geral, compreendendo as atividades políticas, econômicas, jurídicas, religiosas, educacionais e outras. Aos poucos as mais diversas esferas da vida social são burocratizadas, organizadas em termos de calculabilidade, eficácia, produtividade e lucratividade. (IANNI, 1999, p.145).

Nessa linha de argumentação, Ianni (1999) aprofunda a análise ao afirmar:

[...] a racionalidade originada com o mercado, a empresa, a cidade, o Estado e o direito, tende a organizar progressivamente os mais diversos círculos de relações sociais, compreendendo os grupos sociais e as instituições em que se inserem, da fábrica à escola, da agência do poder estatal à família, dos sindicatos aos partidos políticos, dos movimentos sociais às correntes de opinião pública. Aos poucos, tudo vai se burocratizar segundo um padrão burocrático racional legal. (IANNI, 1999, p.146).

Nesse sentido, juntamente com o mercado, a empresa, a cidade, o Estado e o direito, também as atividades intelectuais são racionalizadas. Porém, para que esta racionalização ocorra e se desenvolva, torna-se indispensável que se modifiquem práticas e ideias, padrões e valores socioculturais, transformando-se o imaginário e as atividades de uns e outros. (IANNI, 1999, p.145).

Na medida em que se forma, consolida e expande, o capitalismo pode influenciar criar, tensionar, modificar, recobrir ou mesmo dissolver outras formas de organização das atividades produtivas e da vida sociocultural (Id. p.147).

Como um fenômeno inerente e simultâneo ao próprio processo de desenvolvimento capitalista, a racionalização, segundo Ianni (1999, p.149), verifica-se desde o mercantilismo, o colonialismo e o imperialismo, mediados por vastos processos, através dos quais se tecem laços, comunicações, redes, geoeconomias e geopolíticas.

Além disso, esse processo de racionalização capitalista incide sobre culturas e civilizações muito diferentes, de forma que, em todo o mundo, foi sendo permeado por padrões, valores, instituições e organizações, impregnados pelas características do capitalismo.

Afinal, é nesse ventre que se gesta, ou no dizer de Ianni (1999, p. 149), nascem e desenvolvem-se as empresas, o mercado, o planejamento, a

administração, a contabilidade, as técnicas de produção e controle, a divisão social e técnica do trabalho, o taylorismo, o fordismo, o toytismo, a flexibilização, a produtividade, a lucratividade e a acumulação. Tudo isso articulado em conformidade com a racionalidade capitalista hegemônica em cada época.

Ianni (1999, p. 151) chama a atenção para o fato de que

[...] os processos de rotinização e secularização historicamente desenvolveram-se de par em par, tensa e combinadamente, com outros processos, tais como: individuação, urbanização, mercantilização, industrialização e racionalização. Esses processos, com frequência ultrapassam fronteiras geográficas e históricas, atravessando culturas e civilizações.

Assim, para Ianni (1999, p. 151-152) desde o início, já há algo de mundializado no capitalismo, sendo categórico ao afirmar que

[...] a mundialização em curso no século XX, em especial depois da segunda guerra mundial e mais ainda em seguida ao término da guerra fria, pode ser vista como um novo surto da mundialização da racionalidade própria da civilização capitalista ocidental. Mas com uma peculiaridade: nesta época a racionalidade própria desse processo civilizatório já adquire categoria global. Uma racionalidade global, com dinamismo próprio que já incute nas sociedades nacionais algo novo, distinto da própria sociedade global. A tecnocracia internacional, transnacional ou mundial é bem uma expressão dessa globalização. Há empresas, corporações e conglomerados, bem como agências multilaterais, desde a ONU ao FMI e à OIT, que expressam muito bem os primórdios e os horizontes da racionalização possível almejada, realizada ou em curso em escala global.

Mandel (1980) aprofunda essa discussão, contextualizando esse processo nas entranhas do capitalismo tardio. Sua tese é a de que

o capitalismo tardio constitui uma industrialização generalizada universal pela primeira vez na história, onde a mecanização, a padronização, a super-especialização e a fragmentação do trabalho que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, penetram agora em todos os setores da vida social. (MANDEL, 1980, p.271)

No Brasil, o processo de padronização, superespecialização e fragmentação, como base da organização do sistema de saúde se faz notar desde o final do século XIX e início do século XX, tanto permeando o processo de implantação das

Caixas de Aposentadorias e Pensões<sup>29</sup> (CAPs) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões<sup>30</sup> (IAPs). Em outros termos, tanto nos primórdios do modelo previdenciário voltado para a assistência médica e farmacêutica individual, quanto nas ações de saúde preventiva de corte higienista, que marcaram as campanhas de combate às endemias, os programas especiais e as ações de vigilância epidemiológica/sanitária, foram profundamente influenciadas pelo *modus operandi* de polícia médica<sup>31</sup>.

Ressalte-se que no ano de 1850, principalmente por causa da epidemia da febre amarela, a qual afetou o município do Rio de Janeiro, então capital do Império, segundo Costa, A (1986) apud Carneiro (2008), foi criada a Junta de Higiene Pública, com a finalidade de unificar os serviços sanitários do Império. Porém, em 1885, a epidemia havia se tornado endemia, se fazendo necessária uma reforma nos referidos serviços sanitários, a qual consistiu na sua divisão em terrestre e marítimo, ocasião em que estavam convencidos de que o progresso econômico do país dependia de reformas no âmbito da saúde<sup>32</sup>.

Nessa linha de interpretação, Oswaldo Cruz, ao propor ações voltadas para a erradicação da febre amarela, se utilizou de métodos baseados nas análises da microbiologia, fazendo questão de destacar sua convicção de que o desenvolvimento da ciência implicava o progresso político do país. Assim, defendeu

---

<sup>29</sup> As CAPs eram criadas por empresas, os “benefícios”, eram proporcionais às contribuições, sendo previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2006).

<sup>30</sup> Com a regulamentação dos IAPs, o sistema previdenciário e sua base de financiamento se desenvolveram para dar assistência por categoria profissional organizada nacionalmente, portanto significando uma maior arrecadação de recursos, cuja aplicação vai se efetivar em vez de ser utilizada para a finalidade para a qual foi criado (usufruto dos seus contribuintes - os trabalhadores) passa a ser majoritariamente financiadora de grandes investimentos voltados para a industrialização do país. (BRASIL, 2007a).

<sup>31</sup> Expressão intelectual sanitária, Oswaldo Cruz, alinhado ao pensamento da elite brasileira, a convenceu de que o desenvolvimento econômico do país, também dependia de reformas nas condições sanitárias. Assim, conseguindo apoio ao seu projeto de erradicação da febre amarela, centrado no método de análises da microbiologia, dividiu o município do Rio de Janeiro em dez distritos sanitários, sob o comando de uma verdadeira polícia médica (inspetores) incumbida de através de rigorosas medidas, combater a endemia e em longo prazo, melhorar as condições sanitárias urbanas. (BRASIL, 2007a).

<sup>32</sup> Naquele contexto, o então presidente brasileiro Rodrigues Alves, reproduzia o pensamento da elite brasileira, reconhecendo que os problemas da capital repercutiam no país e que, para o desenvolvimento econômico brasileiro, se faziam necessárias reformas urbanas e sanitárias, portanto, percebendo e reconhecendo conexões em relação às condições de saúde dos indivíduos. (BRASIL, 2007a).

que essa linha de pesquisa e intervenção deveriam ser prioridades. (BRASIL, 2007a).

Ressalte-se que no plano de saneamento do Rio de Janeiro, com base na sua experiência exitosa em Santos/SP, Oswaldo Cruz dividiu o município, então capital brasileira, em distritos sanitários, os quais tinham grupos (inspetores) da área médica incumbidos de receber notificações de doenças, vacinar as pessoas, entregar intimações, multas, interditar ou fechar moradias, conformando rigorosas medidas para evitar a ampliação da endemia. Conhecidas como ações de verdadeira polícia sanitária, se sustentavam em um projeto sanitário voltado para a melhoria das condições sanitárias urbanas. (Cf. CARNEIRO, 2008).

Por isso, não se tratava de medidas paliativas, mas representaram o início de um movimento de contestação à hiperespecialização do modelo de Flexner, expressos no Movimento de Medicina Comunitária<sup>33</sup> e na Medicina Preventista<sup>34</sup>.

De acordo com Buss (2007), apesar da preponderância do enfoque médico biológico na conformação inicial da saúde pública como campo científico, em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais, observa-se, ao longo do século XX, uma permanente tensão entre essas diversas abordagens.

Os debates realizados pela OMS explicitam bem essa tensão, registrando-se períodos em que suas recomendações sinalizam forte preponderância de enfoques mais centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, intercalados com outros em que se destacam fatores sociais e ambientais.

A própria definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção de saúde bem mais ampla do que as que a antecederam, à medida em que avança para além de um enfoque centrado na doença. Entretanto, na década de 1950, com o sucesso da erradicação da varíola,

---

<sup>33</sup> Destacando-se a experiência dos EUA, nos anos de 1940, o qual representou o apogeu da Medicina de Família ou Comunitária,

<sup>34</sup> De acordo com Arouca (2003, p.240), a medicina preventista, através de seus conceitos básicos, possibilitou a reorganização do conhecimento médico, que implicava o estabelecimento de uma nova forma de pensar a prática médica. Para a obtenção dessa prática modificada, foi necessário estabelecer um conjunto de conceitos estratégicos, como os da integração e inculcação. O resultado desse processo seria um profissional que, atuando, levaria a uma mudança da própria prática médica, como, também, das condições de vida da população.

há uma ênfase nas campanhas de combate a doenças específicas, com a aplicação de tecnologias de prevenção ou cura (BUSS, 2007, p.82).

Essas propostas se fortaleceram em 1966, a partir de estudos e debates sintetizados em quatro relatórios<sup>35</sup>, cujos dados e análise se opuseram ao modelo flexneriano, apresentando propostas de mudanças no ensino médico e uma nova especialidade médica: a de família, a qual deveria centrar a formação não só nos aspectos biológicos do processo saúde/doença, mas também no cuidado à saúde dos indivíduos em sua inserção nos contextos epidemiológico e social.

Segundo Campos (2005), apud Carneiro (2008), na Europa, o apogeu da Medicina de Família ocorreu em 1974, período em que foi criado um grupo de trabalho denominado *Leewenhorst*, composto por onze países europeus. A partir dos estudos produzidos por esse grupo, surgiram importantes documentos e declarações referentes às competências do médico, bem como acerca dos processos de educação continuada.

Porém, ao longo do desenvolvimento de tais experiências, surgiram várias críticas, dentre elas, a de que tal modelo não afetava a hegemonia do modelo médico curativo, individual e procedimento-centrado, fundado na ideologia e prática flexneriana.

De fato, verificou-se que o Modelo de Medicina Comunitária foi incorporado de forma paralela e subordinada, inclusive com uma visão restrita em nível local, bem como acerca dos determinantes sociais da saúde e da doença em geral, ainda vistos separados das questões de estrutura e conjuntura. Portanto, não se constituiu estratégia capaz de se contrapor ao modelo médico hegemônico.

Carneiro (2008) corrobora Silva Junior (1998), destacando que a Medicina Comunitária, na verdade, emerge como uma prática complementar à medicina flexneriana, passando a ser disponibilizada aos contingentes excluídos do acesso a essa medicina. Significou uma expansão da assistência médica e dos produtos de consumo do setor às camadas até então sem acesso aos serviços de saúde, possibilitando a ampliação da indústria da saúde.

---

<sup>35</sup> Segundo Campos (2005), tais relatórios são os seguintes: The National Commission Health Services (Folsom Commission), Citizens Commission on Graduate Medical Education (Millis Commission Report), The report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of Council on Medical Education (Willard Report), The report of The Committee on Requirements for Certification of the American Academy of General Practice.

Em outras palavras, trata-se de um processo que expressa o quanto o setor saúde passou a constituir-se em mais um espaço de reprodução ampliada de capital.

Na interpretação de Arouca (2003), a medicina preventiva não colocou no seu interior nenhuma Prática Teórica que possibilitasse a produção de conhecimento sobre as reais determinações da crise do setor saúde, nem a possibilidade de uma Prática Política que impulsionasse as mudanças necessárias. Assim, também, constituiu-se num sistema conservador das estruturas da prática médica existente.

Entretanto, não há dúvidas de que tais movimentos instigaram inúmeras reflexões e experiências, a partir das quais o Movimento Sanitário, em nível internacional, procurou desencadear movimentos em prol da reformulação dos sistemas e serviços de saúde, tendo como exemplo a reforma do sistema canadense nos anos de 1974, a qual enfatiza a importância da promoção da saúde.

A Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 1970, inspirada no lema “Saúde para todos no ano 2000” recoloca em destaque o tema dos determinantes sociais, elegendo a Atenção Primária em Saúde (APS), como prioridade central da política de saúde.

Note-se, que a Declaração de Alma-Ata (1978) passou a ser considerada pela OMS como uma estratégia alternativa ao modelo hegemônico, haja vista que, além de priorizar a APS, recomendava a universalização do acesso e a incorporação da participação da sociedade e a construção social de acordo com a realidade de cada país, levando em consideração cada fase de seu desenvolvimento.

Além disso, conforme Carneiro (2008), a referida conferência, lança a ideia de que a APS representaria o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, bem como o conceito de acessibilidade, ou seja, a concepção de que “os cuidados de saúde devem ser levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Devem constituir o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”. (ALMA-ATA, 1978).

Nesse sentido, tais propostas também indicaram uma tendência à racionalização, bem como da intervenção em equipe como alternativa ao procedimento médico-centrado. (FRANCO; MERHY, 2007).

No Brasil, o impacto de tais discussões e resoluções fortaleceu as posições do MRSB, que, mesmo sob forte repressão no contexto de ditadura militar, vinha questionando o modelo sanitário hegemônico e exigindo mudanças na atenção à

saúde no país. Esses posicionamentos foram expressos nas discussões e deliberações da V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, a qual, segundo Paim (2003), caracterizou a crise do setor destacando a insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficácia dos serviços, bem como identificando a necessidade de se buscar alternativas capazes de superar os principais problemas do setor. (Sobre essa questão, consultar CARNEIRO, 2008).

Ressalte-se que as deliberações da Conferência de ALMA-ATA passam a constituir fortes argumentos para o MRSB<sup>36</sup>, que vinha se rearticulando vinculando a luta pela Reforma Sanitária à luta em prol da redemocratização do Estado brasileiro; a partir de então, aprimora sua formulação e conquista aliados junto a outros movimentos sociais. Inclusive, ampliando suas bases no meio acadêmico, na burocracia estatal, influencia o discurso de algumas correntes progressistas e de esquerda que atuavam no Movimento Democrático Brasileiro (MDB).

Assim, chega a meados dos anos de 1980, tendo constituído uma verdadeira frente sanitária<sup>37</sup>, capaz de reunir forças para realizar a 8ª CNS, em

---

<sup>36</sup> O movimento da Reforma Sanitária iniciado logo após 1975, em nosso país integrou um leque social mais amplo, o das lutas pelas liberdades democráticas e do movimento sindical que se rearticulava na época, a seguir acrescidos dos movimentos sociais que pressionavam a Assembléia Nacional Constituinte. Contudo, reconhecidos avanços na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1987/1988), na Constituição (1988) e na Lei Orgânica da Saúde (1990) foram acompanhados de crescente estreitamento desse leque social, para o âmbito setorial da saúde, na vertente institucional do ensino e da gestão dos serviços e na vertente das entidades da sociedade civil ligadas à saúde. A conquista do princípio Constitucional da Participação da Comunidade e da Lei 8.142/90 que dispôs sobre as Conferências e Conselhos de Saúde convalidavam a visão da ampla participação social no movimento da Reforma Sanitária, e na formulação das políticas e estratégias na saúde. Essa visão não correspondeu à participação social verificada a partir dos anos 1990. (Cf.; SANTOS, 2009, 25)

<sup>37</sup> O termo Movimento Sanitário, aqui, é entendido como o processo de formulação, direção intelectual e articulação política em torno de um projeto técnico/político de Reforma Sanitária no Brasil, como expressão da redemocratização da sociedade brasileira. Assim, o distinguiremos do termo Frente Sanitária utilizado por Rodrigues (1999, p.5), que a conceitua como um “movimento político ou coalizão composta por diversas correntes unidas temporariamente em torno da Reforma Sanitária Brasileira, no sentido de ser capaz de articular e mobilizar diversos setores da sociedade, inclusive do movimento popular, até então liderado por intelectuais oriundos das universidades e setores da burocracia estatal, mais conhecidos como intelectuais da reforma sanitária brasileira”. (Rodrigues, 1995, p.5). Nesse sentido, mesmo partindo da concepção trabalhada por Rodrigues (1999, p.5), ao recuperar a formulação de Jorge Dimitrov (1997), entendendo frente sanitária no sentido de forças unidas temporariamente, como, por exemplo, aconteceu na conjuntura da Nova República. Não utilizaremos o termo frente sanitária como substituição ao termo movimento sanitário, conforme utilizado por Rodrigues (1999), apoiado em Levcovitz (1997), haja vista que partimos do entendimento de que o movimento sanitário, como direção intelectual e formulador de um projeto técnico/político é passível de momentos de recuos, de menor visibilidade política, dependendo da conjuntura, da correlação de forças estabelecidas na sociedade e que, em conjunturas mais favoráveis, pode ser capaz de articular frentes temporárias para alcançar seus objetivos históricos. Nesse sentido, o movimento sanitário refere-se a um processo mais amplo, que inclui a formulação de propostas, direção intelectual e articulação política em torno de um projeto técnico/político de Reforma Sanitária Brasileira, incluindo aí a capacidade de articular uma frente sanitária temporária.

1986, a qual contou com ampla participação da sociedade, destacando-se intelectuais de esquerda, da academia e da burocracia estatal, bem como representantes do movimento social, sindical e popular, sistematizando uma avançada proposta de Reforma Sanitária, em grande parte, inscrita na nova Carta Magna, a Constituição Federal de 1988.

Ressalte-se que na década de 1980, o MRSB constituiu umas das principais forças organizadas em prol da luta pela ampliação dos direitos sociais e de cidadania, tendo como objeto central o direito à saúde, vinculando essa luta à própria (re)democratização da sociedade brasileira e à contestação às desigualdades sociais. Assim, assume um caráter questionador das relações Estado/Sociedade e da própria estrutura social e/ou bases do desenvolvimento capitalista em curso no Brasil, particularmente os fundamentos implantados no período da ditadura militar pós-1964.

Assim, numa conjuntura de efervescência política, de questionamentos ao regime militar, o conjunto de críticas e proposições feitas pelo movimento sanitário que, até meados dos anos 1980, centrava seus debates e proposições no sentido de um redesenho da política de saúde no âmbito da burocracia executiva, desloca-se para o legislativo e avança na crítica à relação Estado/Sociedade, especialmente no que se refere à ampliação e garantia dos direitos sociais e de cidadania, colocando-se, segundo Bravo e Matos (2001), como um projeto contra-hegemônico.

Esse projeto, intitulado **Projeto da Reforma Sanitária Brasileira**, propôs profundas mudanças conceituais, éticas, políticas e organizacionais, cujas proposições foram sintetizadas no Relatório da 8ª CNS, destacando-se o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito essencial e a proposta de construção do SUS, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e participação social, bem como nas diretrizes da descentralização e hierarquização.

As deliberações da 8ª. CNS, em sua maioria, incorporadas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas na Lei Orgânica da Saúde N.º. 8080/90 e Lei Complementar 8.142/90, ao conceituar a saúde como uma resultante das condições de vida, ao definir a essencialidade do direito à saúde, ao afirmá-lo como direito de todos e dever do Estado e ao redesenhar o sistema de saúde, propondo a criação e implantação do SUS, significou:

- a) No plano mais geral, uma crítica ao modelo de desenvolvimento, à política econômica, às políticas sociais, à falta de democracia e ao aprofundamento das desigualdades sociais. Portanto, apontava para a construção de um projeto societário que fosse capaz de romper os traços autoritários e conservadores da formação social brasileira, marcados por pactos pelo alto, revoluções passivas<sup>38</sup>; e modernização capitalista periférica e dependente<sup>39</sup>;
- b) No plano mais específico, constituiu uma crítica à racionalidade de funcionamento do sistema tradicional de saúde, permeado pela burocratização, clientelismo, assistencialismo e privatização das ações e serviços de saúde. Portanto, sistematizou uma crítica à forma de organização dos serviços e ao modelo assistencial e gerencial até então vigente, propondo a construção de uma nova forma de organização e gestão dos serviços, bem como um novo modelo assistencial que passaria a conformar o novo sistema – o SUS.

Nessa perspectiva, reiteramos que do ponto de vista político e tático-operacional, a proposta da Reforma Sanitária brasileira significou o alinhamento do movimento sanitário à luta pela construção de um projeto societário contra-hegemônico.

Concomitantemente, a proposta de estruturação do SUS, além de almejar o acesso universal, integral e equânime como direito social, também incorpora a necessidade de otimizar o uso dos recursos financeiros, materiais e humanos mediante comando único, por nível de governo, gestão descentralizada,

---

<sup>38</sup> Behring (2003, p.130), reiterando o pensamento de Coutinho e Fernandes, considera que as soluções elitistas, pelo alto, antipopulares em momentos-chaves da história brasileira, a utilização em larga escala dos aparelhos repressivos e o papel econômico do Estado, são características que se aplicam ao conceito de revolução passiva - formulado por Gramsci, isto é, parte da compreensão de que “a revolução passiva supõe um processo que paradoxalmente se constitui ao mesmo tempo, de restauração e renovação, como reação à possibilidade de uma revolução popular, articulada à incorporação de algumas demandas e exigências progressistas e dos trabalhadores”. Nessa linha de argumentação, ressalta que “Coutinho identifica o período Vargas como um exemplo de revolução passiva ou restauração progressista” e acrescenta que também se trata de um período de modernização conservadora. Enfatizando que, de acordo com Fernandes, o período pós-1964 pode ser abordado da mesma forma, como um processo de revolução passiva na direção da consolidação do capitalismo monopolista.

<sup>39</sup> Sobre modernização capitalista periférica e dependente, consultar Behring, (2003, p. 141-142).

hierarquizada e com controle social, condições estas que, a rigor, dotariam o sistema de uma nova racionalidade.

Esta nova racionalidade, um dos objetos da reforma, deveria se voltar para assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado, privilegiando o acesso universal e integral, bem como o caráter público e democrático da organização do setor. Sua efetivação exigia profundas alterações na cultura institucional, ou seja, no modelo gerencial, assistencial e na conformação dos processos de trabalho e práticas profissionais, destacando-se a compreensão de que a produção da saúde extrapola os muros do sistema de saúde.

A rigor, o Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e o SUS, enquanto uma das principais estratégias para a sua efetivação, ao conceber a saúde como resultante das condições de vida, o direito à saúde - umbilicalmente vinculado ao direito à vida -, exige o desenvolvimento de um novo modelo assistencial centrado na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Portanto, que seja capaz de romper com ideias, práticas e o *modus operandi* que reduz a saúde a um “estado de não doença”, e a lógica da atenção à saúde a reparo dos agravos, centrada em medicalização e procedimentos curativo-individuais, logo, capaz de articular ações para além da assistência médica.

Para Mendes, (1996, p. 245-247), apud Carneiro (2008), a construção de um novo sistema de saúde no sentido de superar o modelo hegemônico (médico assistencial- privatista), deve estar fundada em três categorias centrais:

- a) **Concepção positiva do processo saúde/doença**, a qual compreende a saúde enquanto produto de relações sociais e não como ausência de doenças, que é a concepção negativa;
- b) **Paradigma Sanitário**, que privilegia a produção social da saúde, em detrimento do paradigma flexneriano. E a prática sanitária (de vigilância da saúde), superando a lógica da atenção médica;
- c) **Vigilância da Saúde**, composta de três estratégias de intervenção, consideradas fundamentais para a transformação do modelo assistencial:
  - ⇒ Atenção curativa – destinada para a cura ou cuidados das dores e para a reabilitação de sequelas. Embora fundamentalmente, dirigidas a indivíduos, deve ser sempre vista a partir de seus determinantes;

- ⇒ Prevenção das doenças e dos acidentes – organizada como modo de olhar e estruturar as intervenções que procuram antecipar-se aos eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, de modo a alcançar indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentar;
- ⇒ Promoção da saúde – que enfatiza o papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde e privilegia estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde individual e coletiva.

Observe-se que esse novo modelo desloca o objeto da saúde pública do campo estritamente endógeno às ações e responsabilidades do sistema de saúde reconhecendo a necessidade de articulação intersetorial do sistema de saúde com as demais políticas sociais e sistemas de serviços de seguridade e proteção social. Aponta principalmente, a necessidade de sua articulação mais ampla com ações de governo, dirigidas ao enfrentamento dos condicionantes e determinantes dos níveis de saúde da população. Portanto, a um contínuo processo de Reforma Sanitária.

Porém, a implantação do SUS, enquanto estratégia fundamental ao avanço do Projeto da Reforma Sanitária, segundo Bravo e Matos (2001), ocorreu em um contexto de ascensão do projeto neoliberal/privatista, cujo objeto da reforma é a contenção dos gastos com racionamento da oferta, onde o sistema público garante um mínimo aos que não podem pagar dando ênfase à focalização e seletividade, estimulando e deixando, para o sistema suplementar / setor privado o atendimento dos que podem pagar. Portanto, em detrimento do direito ao acesso universal e integral.

Como expressão da resistência do poder das forças que sustentam os interesses privatistas no Brasil, o processo de construção do SUS ocorre permanentemente tensionado por diversos obstáculos estruturais e conjunturais que colocaram o Movimento Sanitário na defensiva, com grandes limitações para barrar o avanço das propostas neoliberais.

Nesse sentido, sua implantação vem se dando com poucos avanços em relação à construção de um novo modelo assistencial e gerencial moldado pela intersetorialidade nos termos formulados pelo MRSB, requerendo, portanto, análise acerca do contexto histórico, estrutural e conjuntural em que se insere o seu desenvolvimento.

## 2.2 O SUS NA SEGURIDADE: A INTERSETORIALIDADE COMO DIRETRIZ ESTRATÉGICA PARA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.

A concepção fundante do SUS unificou diversos atores sociais em uma frente sanitária em prol de sua criação, identificados com as lutas, reflexões e compromissos quanto aos modos de produção da saúde, no cenário internacional e nacional, na perspectiva da ruptura com os paradigmas biomédico, curativo, hospitalocêntrico e medicalizante, também ratificou a determinação socio-histórica do processo saúde/doença e o imperativo ético e estratégico de assegurar gestão democrática das políticas públicas, condições de vida dignas, autonomia e equidade, bem como a indissociabilidade entre: políticas de saúde e demais políticas sociais; gestão/atenção; clínica/política. (Castro e Malo, 2006, p. 13-14). Aponta ainda para um consenso de que a saúde deve constituir-se direito social integrante da seguridade.

Embora, na atualidade, haja consenso acerca da importância estratégica da saúde enquanto política de seguridade e da intersectorialidade para a efetividade das políticas de saúde, segundo Pereira (2002), apesar de formalmente integrar o sistema de seguridade social inaugurado pela CF, o processo de implantação do SUS não se realizou de forma integrada às demais políticas que compõem o sistema de seguridade e também não reuniu condições para produzir as reformas pretendidas.

Do ponto de vista formal, ao inserir a saúde no capítulo da Seguridade Social, conforme explicita o Art. 194 da CF de 1988, definida como um conjunto integrado de iniciativas dos poderes e da sociedade destinados a assegurar direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. E, ao ganhar conotação mais ampla, o sistema de seguridade social brasileiro, nos artigos 194 a 204, do Capítulo 2, do Título VII, da Ordem Social, conforme Pereira (2002), formalmente passa a reunir ações distributivas com a tradicional prática contributiva previdenciária, adotada pelo estado brasileiro desde os anos 1930, apresentando potencial para unificar três políticas em torno de dois eixos diferenciados: um contributivo – representado pela previdência - e, outro distributivo – representado pela saúde e assistência social. Significou fortalecer e revolucionar o lado distributivo da seguridade social por três motivos:

- a) “**A segurança social dos cidadãos** passa a ser concebida independente de prévias contribuições e inserções no mercado de trabalho ou de posse comprovada de rendas;
- b) **As políticas de saúde, previdência e assistência** – fariam parte de uma nova institucionalidade, cuja principal característica seria a unidade conceitual e estratégica de suas diferentes ações;
- c) **A cidadania social** assumiu o caráter extensivo, guiada pelos princípios da **incondicionalidade** e da **universalidade**. Na saúde, **incondicionalidade** é representada pelo direito ao acesso igualitário e sem contrapartida a todos os bens e serviços. “Na assistência, **incondicionalidade** equivale à gratuidade e portanto está ligada à universalidade de forma indireta”. (id). (grifos nossos).

Note-se que “embora diferenciados quanto a sua atenção e seu destinatário, a saúde e a assistência passaram a constituir, incondicionalmente, um dever de prestação do Estado e um direito de crédito dos cidadãos.” (Pereira, 2002). Portanto, a noção de seguridade teria que extrapolar o caráter contratual de seguro da política de previdência, para expressar, por meio da saúde e da assistência, a ideia de prestação incondicional de atendimento, tendo como único parâmetro o status de cidadania. (Id.).

Mais que isso, os princípios da incondicionalidade e da universalidade, além de elementos inovadores, destacam-se como desafios fundamentais à concepção liberal de cidadania, referenciada no interesse pessoal e nas determinações do mercado, na medida em que privilegiam direitos sociais e difusos, que, por serem gerais, se vinculam à justiça social, e impõem, adicionalmente, limites às liberdades negativas, típicas dos direitos individuais, bem como à focalização e à comercialização das políticas públicas. (Id.).

Tais princípios fortalecidos pelo dever do Estado, e não do mercado como provedor das necessidades, não apenas supõem a desmercantilização da saúde em favor da sua garantia e efetivação, mas também, em princípio, subordinam a organização e funcionamento do setor privado ao direito público e ao direito à vida.

Portanto, o desafio de promover a efetivação dos direitos sociais e difusos no Brasil requer avançar em direção ao rompimento com a fragmentação das ações, com a cultura política clientelista, patrimonialista, discriminatória e excludente, e com

a tradição autocrática burguesa que tem marcado a formação econômica, política e social da sociedade brasileira, bem como a formulação, execução e avaliação das políticas sociais.

Ciente desse desafio, o movimento sanitário incluiu a questão do financiamento do sistema pretendendo assegurá-lo no Art. 198 da C.F. 1988, com caráter regular e previsível para as três políticas que compõem o sistema. Assim, previu o Orçamento da Seguridade Social (OSS) com fontes definidas de recursos - apoiado numa composição de receitas fiscais – constantes do orçamento das três esferas de governo e nos recursos provenientes de contribuições sociais e de concursos e prognósticos. Introduziu alguns importantes preceitos referentes à organização e à gestão da seguridade: a) descentralização; b) controle público; c) participação.

Porém, os dispositivos constitucionais não são autoaplicáveis porque dependem de regulamentação por leis ordinárias, o que dependia do nível de organização política para pressionar e reivindicar a sua efetivação.

Na interpretação de Pereira (2002), a ausência de autoaplicação revela as tensões não resolvidas no congresso constituinte. Trata-se do caráter conflituoso da C.F., haja vista que os avanços mais polêmicos foram tratados de forma genérica e remetidos para lei ordinária ou complementar. Assim, passaram a depender da correlação de forças estabelecidas no período pós-constituinte.

Ressalte-se que o momento político que marcou a definição da Seguridade Social na Constituição de 1988, conforme destaca Mota (2008, p.138), [...] “ocorre em um contexto internacional adverso a qualquer iniciativa de intervenção social do Estado em face das críticas neoliberais ao *Welfare State* nos países desenvolvidos”. Assim, a possibilidade de construção de um sistema de proteção social universalista, no Brasil, já nasce [...] “ameaçado por uma agenda de prescrições neoliberais e de reformas voltadas para a descaracterização dos recém-instituídos direitos sociais”. (id).

Nesse contexto, o processo de regulamentação constituiu nova etapa de agudos conflitos, resultando em dificuldades para o reconhecimento público das três políticas. Por exemplo, a diferença de tempo para aprovação das Leis Orgânicas: a LOS, nº 8.80/90 sofreu 25 vetos, necessitando da Lei Complementar nº 8.142/90; organização e custeio de benefícios da previdência (1991) e assistência – a Lei

Orgânica da Assistência Social (LOAS) foi vetada em 1990 e só foi aprovada em 1993, depois de muita pressão. (PEREIRA, 2002).

O mesmo ocorreu em relação à regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), que envolveu muitos esforços, mobilização, sendo aprovada com muita luta no segundo mandato de FHC. (C.f. PAIM, 2009). Porém, naquele momento, só foi definido o percentual mínimo obrigatório da contrapartida de recursos para o orçamento da saúde para os Estados em 12%, e os Municípios em 15%, ficando o cálculo da contrapartida Federal, baseado na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

De fato, a década de 1990 foi hostil ao processo da Reforma Sanitária brasileira, sendo a tendência dos atores sociais voltar-se para o desenvolvimento do SUS, marcado por pragmatismos e resignação. Por exemplo, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entidade que de modo pioneiro vinha discutindo a promoção da saúde, qualidade de vida e intersectorialidade<sup>40</sup>, voltou-se para questões como financiamento, repasse de recursos, responsabilidade sanitária. E, mais recentemente, pacto de gestão. (C.f. PAIM, 2009, 32-33).

Para Levcovitz *et al* (2001) apud Lima *et. al.* (2002, p.46-47), é preciso considerar que implementar o SUS, em sua concepção original, significa romper com o modelo sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas. Se por um lado o contexto de crise e de luta pela democratização nos anos de 1980 favoreceu o debate político na área da saúde, que se refletiu nos avanços da Constituição de 1988 e em mudanças objetivas no sistema, nos anos de 1990, a concretização dos princípios do SUS foi continuamente tensionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais.

Draibe (1997) apud Lima *et al* (2002, p.47), enfatiza:

Os obstáculos estruturais estão relacionados a dois grupos básicos de problemas que se colocam para os sistemas de proteção social latino-americanos: (1) um primeiro grupo relacionado ao alto grau de exclusão e heterogeneidade (que não é plenamente resolvido por programas sociais) e aos conflitos entre esforços financeiros, sociais e institucionais para

---

<sup>40</sup> Ver: Promovendo qualidade de vida. Secretários apontam a intersectorialidade como modelo para o bem-estar social. *Jornal do CONASEMS*, 62, p. 3, maio de 2000. (PAIM, 2009, 33).

construir sistemas e políticas sociais em confronto as restrições impostas pelas estruturas socioeconômica dessas sociedades; e (2) um segundo grupo de ordem institucional e organizacional, representado pelas características predominantes desses sistemas – centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade. (DRAIB, 1997 apud LIMA et. al. 2002, p.47).

Além disso, ressalte-se que tais obstáculos

[...] não podem ser analisados apenas sob a perspectiva interna, pois como mostra Fiori (1997): “Em 1989, um economista norte-americano chamou de Consenso de Washington ao programa de políticas fiscais e monetárias associadas a um conjunto de reformas institucionais destinadas a desregular e abrir as velhas economias desenvolvimentistas, privatizando seus setores públicos e enganchando seus programas de estabilização na oferta abundante de capitais disponibilizados pela globalização financeira. Chegava desta maneira à periferia capitalista endividada, em particular à América Latina, uma versão adaptada das ideias liberal-conservadoras que já se difundiam pelo mundo desde o início da “grande reestruturação”. [...] em pouco tempo, também estas regiões de espaço hegemônico norte-americano encontravam-se perfeitamente enquadradas pelas novas ideias e submetidas às novas regras e formas de administração coletiva das suas políticas econômicas”. Os constrangimentos externos gerados pela aplicação do “Consenso de Washington” foram responsáveis pelo aprofundamento da desordem econômica com conseqüente agravamento da crise, forçando restrições econômicas e orçamentárias que impediram maiores avanços nas políticas sociais. (LIMA et al 2002, p.47).

No Brasil, tais obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais -, nas características do próprio federalismo brasileiro e nos traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual foi construído. Em relação aos obstáculos conjunturais, destaca-se a repercussão no Brasil da onda de reformas conservadoras desencadeadas em vários países, no plano político, econômico e social, a partir dos anos de 1980, com graves conseqüências e retrocessos históricos no processo de construção da cidadania social. (Cf. NORONHA, *et. al.* 2004, p. 47-48).

Conforme Mota (2004, 2008), numa sociedade cuja seguridade social engatinhava rumo à universalização, a ofensiva neoliberal deve ser creditada:

Às condições particulares sobre as quais a burguesia brasileira, associada ao grande capital transnacional, incorporou à sua ordem as necessidades sociais dos trabalhadores, particularmente a partir dos anos 1990, substituindo os mecanismos coercitivos por persuasivos, após os grandes

embates políticos dos anos 1980, e inaugurando novas táticas e estratégias de dominação. (MOTA, 2008, P.138).

À conjuntura econômica e política do período, cujos ajustes macroestruturais, determinados pela inserção subalterna do Brasil na economia internacional, ocasionaram os arranjos da restauração capitalista, implicando na reestruturação produtiva, nos rumos da política econômica, na reforma do Estado e, enfaticamente, nas injunções dos organismos financeiros internacionais que impuseram as contrarreformas sociais de cunho neoliberal. (idem).

Para essa autora, a expansão da seguridade no pós-64 já se fez de forma fragmentária, quando a ditadura militar franqueou ao capital privado a prestação de serviços considerados rentáveis, como foi o caso, em 1973, da criação dos Fundos de Pensão e da então denominada Medicina de Grupos. Seguindo-se na mesma década a concessão de renúncia fiscal para as empresas que ofertassem serviços sociais e benefícios aos seus empregados, modelo que permaneceu vigente sob o argumento da complementaridade, quando da criação dos novos e mais abrangentes direitos regulamentados pela Constituição de 1988. Tanto é assim, que o texto constitucional faz menção à existência de sistemas complementares tanto nos casos da saúde como da previdência. (MOTA, 2008, p. 139).

A rigor, sem contar com estruturas consolidadas dos Estados de Bem-Estar Social como as encontradas nos países de capitalismo avançado, e enfrentando uma conjuntura econômica extremamente adversa à implementação e consolidação de políticas sociais universais, o Brasil e os países latino-americanos, ao longo das duas últimas décadas, depararam-se com uma grande dificuldade de promover a integração entre as políticas setoriais. Assim permanecendo refém da intensa fragmentação institucional, descontinuidade das intervenções públicas, descoordenação gerencial, baixas eficiência e eficácia social, alguns dos traços característicos do padrão de intervenção social, portanto, sem condição de estruturar reais sistemas universais de proteção social.

Mota (2008, p.137-138) afirma que, embora a seguridade brasileira pós-Constituição de 1988 incorpore a orientação das políticas de proteção social dos países desenvolvidos e que seguiram a tradição Beveridgiana, no Brasil, a adoção da concepção de seguridade social, como um sistema de proteção social integrado e universal, não aconteceu nem do ponto de vista da sua organização administrativa e financeira, nem do ponto de vista do acesso.

Assim, ao longo das décadas de 1990 e 2000, verifica-se que “o espólio da

expansão fragmentada e mercantil da seguridade criada pela ditadura militar vem sendo refuncionalizado, inclusive sob os auspícios do capital financeiro”. (MOTA, 2008, p.139). Essa refuncionalização consiste em clara investida da classe dominante contra a seguridade social brasileira, através da mercantilização de serviços sociais *vis-a-vis* com a expansão de políticas sociais compensatórias, conforme bem colocam Mota, Maranhão e Sitcovsky (2008, p. 185)

Na interpretação de Bravo (2001), a implantação do SUS ocorreu em um contexto de ascensão do projeto neoliberal/privatista, cujo objeto da reforma é a contenção dos gastos com racionamento da oferta, onde o sistema público garante um mínimo aos que não podem pagar, dando ênfase à focalização e seletividade, estimulando e deixando, para o sistema suplementar / setor privado, o atendimento dos que podem pagar. Portanto, em detrimento do direito ao acesso universal e integral.

Neste sentido, em primeiro lugar, requer considerar que o processo de implementação do SUS tem se efetivado em um contexto marcado por uma crise política, econômica, social e institucional, aqui entendida na acepção mandeliana reafirmada por Behring (2003), como uma crise cíclica de acumulação capitalista, em sua onda longa recessiva, reiniciada no final dos anos 1960 e mais visível na década de 1970:

- a) No plano internacional, foi sintetizada numa onda de questionamentos ao *Welfare State* e de ascensão das teses neoliberais;
- b) Em nível nacional, do ponto de vista das elites dominantes, expressou-se como uma crise associada ao esgotamento do Estado interventor. Na realidade, trata-se de uma rearticulação das classes dominantes, em torno de um novo projeto de desenvolvimento, ancorado nas teses neoliberais, capaz de enfrentar a crise tendo como eixo central a Reforma do Estado, na perspectiva de torná-lo um agente promotor e facilitador do processo de desregulamentação da economia, tendo como carro chefe a privatização de empresas públicas e serviços públicos e a flexibilização dos direitos sociais e trabalhistas.

No Brasil, nos anos de 1990, conforme Noronha, *et al* (2004, p.48), essas tendências se expressam por meio da adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, nas medidas de estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais para a redução do tamanho do Estado; mudanças nas relações de trabalho, com aumento do segmento informal, do desemprego estrutural e fragilização do movimento sindical; e desregulamentação dos mercados.

De acordo com Mota, Maranhão e Sitcovsky (2008, p.183-184), as medidas de ajuste econômico e contrarreforma do Estado, enquanto expressão de uma ofensiva do grande capital e dos organismos financeiros internacionais para redirecionar as políticas de proteção social, tanto nos centrais, quanto no países periféricos, apontam as seguintes tendências:

- a) “Regressão das políticas redistributivas, de natureza pública e constitutiva de direitos, em prol de políticas compensatórias de “combate à pobreza” e de caráter seletivo e fragmentário;
- b) Privatização e mercantilização de alguns serviços sociais, com a consolidação do **cidadão-consumidor**, de que são exemplos os planos privados de saúde e o sistema de previdência complementar. Este processo se dá concomitantemente à expansão de programas sociais de exceção, voltados para o **cidadão-pobre**, com renda abaixo da que é definida como linha de pobreza. Esta tendência pode ser indicativa do modo como o Estado, no leito do pensamento neoliberal, racionaliza o atendimento às demandas por proteção social que, num período de desemprego e precarização do trabalho, tendem a crescer. Em outras palavras, expulsa do acesso público os trabalhadores médio-assalariados, em face do sucateamento dos equipamentos, serviços e da redução de benefícios; e, sob o argumento da equidade, advoga a inclusão de novas frações da população. Seus rebatimentos recaem tanto na ampliação da Assistência Social com na redefinição das Políticas de Saúde e Previdência, de que são exemplos o PSF e a ampliação da contribuição previdenciária dos trabalhadores informais e por conta própria;

- c) Emergência de novos protagonistas, tais como a empresa socialmente responsável, o voluntariado, com suas práticas congêneres que amparam a redefinição da intervenção do Estado, agora atrelada à capacidade de participação da sociedade civil. Esta tendência reforça a proposta de um **Estado-gerente**, com limitada capacidade operacional, posto que depende dos seus parceiros para executar os programas e projetos sociais, como é o caso do denominado terceiro setor. Esta estratégia, amplamente defendida pelas agências internacionais, comporta dimensões econômicas e políticas, quais sejam: sustentam as políticas de co-financiamento com seu rol de condicionalidades e referendam um novo conceito de democratização do Estado. Na mesma medida, constrói novos referenciais teórico-metodológicos, políticos e culturais que fundamentam os programas sociais, em especial os denominados de “combate à pobreza”. Aqui são emblemáticas as formulações sobre o desenvolvimento local e sustentável, o empoderamento de indivíduos, grupos e comunidades e a afirmação de uma estratégia de desenvolvimento baseada na formação de capital humano e social;
- d) A emergência de novas categorias, que embora tenham capilaridade para explicar as manifestações singulares do real, reverte as possibilidades de análise crítica da sociedade e das determinações da desigualdade. São conceitos operativos que validam e facilitam a estruturação das políticas, mas, pela reduzida extensão heurística, comprometem a análise da realidade, tais como: os conceitos de território e comunidade, os níveis de complexidade das problemáticas sociais, a ideia de acolhimento social, a relação entre inclusão e exclusão, para citar os principais. No caso da ideia de exclusão, há uma explícita tendência ideopolítica de despolitização das desigualdades sociais, posto que a conotação temporal e transitória da **exclusão** informa sobre a possibilidade de inclusão e acesso aos bens civilizatórios e materiais, permitindo que o real e o possível se transformem no **ideal**, sitiando, assim, as possibilidades de construir outras formas de enfrentamento da desigualdade de classe;

e) Um outro aspecto a destacar é um não explicitado e pouco discutido nexo entre a Assistência Social e as políticas de intervenção sobre o mercado de trabalho. Trata-se de um vetor que esvazia o debate sobre a precarização do trabalho e a própria proteção social pública aos riscos do trabalho, em prol de medidas pontuais e de duvidosa eficácia contra o desemprego, na geração de renda e na formação da força de trabalho.”

Tais medidas incidem, decisivamente, no processo de transição entre a formalização<sup>41</sup> do direito à saúde e a efetiva implantação do SUS, iniciada nos primeiros anos da década de 1990, em uma conjuntura de transição conservadora, marcada por uma crescente disputa política e ideológica, entre Projetos Societários antagônicos que, no campo da saúde, se traduzem no confronto entre os defensores do Projeto da Reforma Sanitária e os aliados e defensores do Projeto Privatista, organicamente rearticulados em torno das propostas neoliberais para o setor.

De acordo com Rodrigues (1999, p.03), as propostas neoliberais para o citado setor são opostas à perspectiva do direito universal à saúde e do caráter público da sua organização, ou seja, são opostas à própria essência da Reforma Sanitária Brasileira.

Assim, parte-se da premissa de que os processos de implementação e desenvolvimento do SUS ocorrem em um contexto de crise de acumulação capitalista, reiniciada na década de 1960 que, segundo Netto(1990), apud Bravo e Matos (2001, p.199-200), se expressa na crise do Estado de Bem-Estar e na chamada crise do socialismo real, que, na conjuntura brasileira dos anos 1990, se expressa no confronto entre dois projetos societários antagônicos:

- a) “O projeto de uma sociedade sustentada em uma democracia restrita, que diminui os direitos sociais e políticos;
- b) E, o de uma sociedade fundada na democracia de massas, com ampla participação social, conjugando as instituições parlamentares e os sistemas políticos partidários com uma rede de organização de base,

---

<sup>41</sup> Formalmente assegurada na Constituição de 1988, mas que demorou dois anos para aprovar a Lei Ordinária, a Lei Orgânica da Saúde de Nº. 8080/80 e Lei Complementar de Nº. 8142/90.

salientando-se os sindicatos, comissões de fábrica, organizações profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais” (Id.).

No campo da saúde, segundo a referida autora, tais projetos se expressam em dois grandes projetos: o Projeto Contra-Hegemônico, no caso, o Projeto da Reforma Sanitária; e o Projeto Hegemônico, o da Contra-Reforma, que é o Projeto Privatista, ambos, os projetos apresentam as seguintes características:

a) **O Projeto da Reforma Sanitária** – a preocupação central é de que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde, tendo como premissa básica a saúde um direito de todos e dever do Estado, e como fundamentos:

- ⇒ Explicitação do interesse - público, democratização do Estado;
- ⇒ Criação de uma esfera pública com controle social;
- ⇒ Universalização e equidade das ações;
- ⇒ Descentralização dos serviços e melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial.

b) **O Projeto Privatista** - pautado na política de ajuste neoliberal, tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. Apresenta como tarefas desse projeto: garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. (Id.).

As tensões e disputas entre esses dois projetos, no interior do processo de construção do SUS, imbricam-se na luta política e nas propostas de Reforma do Estado brasileiro. Segundo Bravo e Matos (2001, p.206), tal reforma tem sido hegemonicamente formulada nos termos neoliberais, tratando a crise econômica e política como se fosse apenas uma crise de uma forma de Estado, ou seja, reduzindo a crise de acumulação capitalista a uma mera crise do Estado interventor.

Reiterando essa concepção, Behring (2003) afirma que tal proposta de reforma nega o próprio caráter reformista das lutas efetivadas nos anos 1980.

Alinhada ao projeto societário privatista, segundo Bravo e Matos (2001, p.200), a reforma administrativa do governo FHC propôs um modelo gerencial para dar conta da exigência de efetividade e eficiência, cuja principal inovação foi a criação de uma esfera pública nãoestatal que, embora exercendo funções públicas, obedece às leis do mercado.

Esse processo, iniciado no governo Collor e amplamente efetivado no governo FHC, de acordo com Bravo (2004), pôs em marcha outro, o de reinterpretção do que foi constitucionalmente atribuído como responsabilidade do Estado, particularmente no que se refere à garantia dos direitos sociais.

Assim, no campo da saúde, enquanto a CF e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 universalizam o direito à saúde, propondo a descentralização com autonomia, as efetivas medidas de reorganização do sistema, sobretudo expressas nas Normas Operacionais<sup>42</sup> Básicas (NOBs), dentre as quais se destacam a NOB- 01/1991; NOB 01/1993 e NOB 01/1996 e, respectivas portarias e instruções normativas, que, em geral, segundo Bravo (2004), apontam para:

- a) A focalização como negação da universalização;
- b) O racionamento da oferta através da implementação de serviços sob a forma de cestas ou pacotes de serviços básicos, nos moldes recomendados pelo Banco Mundial;
- c) Restrições no financiamento e nos gastos em saúde;
- d) Ênfase na eficiência, em detrimento da eficácia e resolutividade.

Note-se que, ao avaliar a Reforma do Estado brasileiro, desencadeada no governo FHC, Elias (1999, p.129-131) constata que houve grande avanço do

---

<sup>42</sup> As normas operacionais constituíram os principais mecanismos de regulação do processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Nos anos 1990, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB): NOB-1991, NOB-1992 (similares), NOB-1993 e NOB-1996 (considerada um avanço em relação às anteriores). Entre 2001 e 2003, tais normas passam a ser denominadas Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS); foram editadas e publicadas três versões: NOAS SUS – 2001; NOAS SUS -2002 (complementação e aprofundamento da NOB 96, com ênfase na Regionalização) e a NOAS SUS-2003 (que acrescenta detalhamentos acerca do processo de regionalização ampliando a descentralização e autonomia dos Estados e Municípios com ênfase no controle social).

primado da diminuição dos custos dos serviços e o estímulo à redução dos gastos em saúde, através de mecanismos:

- a) Voltados para o controle do consumo de procedimentos médicos e tecnologia;
- b) De estímulo à clínica geral e aos programas médico de família – na perspectiva da medicina simplificada;
- c) Administrativos gerenciais, com a introdução de cálculo atuarial;
- d) Voltados para a remuneração dos prestadores por meio de pacotes de procedimentos;
- e) Aplicação de cobertura por eventos de alto risco (resseguro) e o co-pagamento para alguns tipos de procedimentos (consulta médica) como fator moderador à sua utilização;
- f) Alternativos à hospitalização, envolvendo o *home care*, ou apoio médico à distância, a diminuição do tempo de hospitalização e a transferência de procedimentos cirúrgicos para o âmbito ambulatorial. (ELIAS, 1999, p. 129 – 131).

Alguns mecanismos, sem dúvidas respondem a um anseio de eficiência no uso dos recursos públicos, às chamadas reformas de segunda geração, com o objetivo de melhorar a capacidade institucional da gestão pública. Portanto, há um conjunto de iniciativas de melhoria da gestão pública as quais não podem ser desprezadas. A questão central, objeto das críticas a esse processo, diz respeito à contenção dos gastos com as políticas sociais universais e à ampliação dos processos de terceirização com esvaziamento do setor público. Por essa via, o governo reduziu a saúde à mera prestação de serviços assistenciais e ao consumo de procedimentos, portanto se distanciando da possibilidade de construção da saúde como integrante de uma política mais ampla de seguridade social.

Conforme Pereira (2002), os entraves conservadores à implementação do SUS vêm à tona mais explicitamente já no rompimento da coalizão governista que sustentou o governo Sarney e resultou na eleição de Collor. Neste governo, operou-se um verdadeiro esvaziamento das propostas e estratégias de reforma

universalista, que se expressaram na falta de empenho na regulamentação e no desmonte orçamentário na área social, destacando-se o corte nos programas e a própria relutância governamental em fazer as reformas previstas na Constituição Federal de 1988.

O desfinanciamento do SUS, por exemplo, ficou evidente em 1993, ocasião em que foi necessário o governo fazer um empréstimo com recursos do Fundo de Apoio ao Trabalhador (FAT) para socorrer o SUS. Essa situação só foi minimizada em 1994 e 1995 com a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), a qual, logo em 1996, foi desviada para outras finalidades. (Cf.; SANTOS, 2009, p. 20).

A esse processo soma-se a arraigada cultura anticívica da elite brasileira e o precário legado histórico da democracia nacional, tornando possível entender porque o conceito de seguridade previsto na CF nunca se materializou e porque esse conceito foi questionado sob o argumento, avalizado oficialmente, de tornar o país ingovernável, devido aos gastos excessivos que ele imporia aos cofres públicos. (PEREIRA, 2002).

Segundo Pereira (2002), “de fato, o que estava em jogo, era a possibilidade de ruptura desses avanços com os tradicionais esquemas de barganha populista e de patronagem política, os quais mantêm velhas oligarquias no poder e inibem a extensão da cidadania.” Tais fatos reforçaram as condições desfavoráveis, no país, à construção de um sistema de seguridade que, ao menos, articulasse as três políticas sociais.

Conseqüentemente, alinhada à **tradicional setorização das políticas sociais** brasileiras, a regulamentação parcelada e descoordenada do sistema, criou um hibridismo na concepção e nas ações das políticas que o compõem, a rigor ancorados na justaposição dos dois eixos que deveriam articular as três políticas - contributivo e distributivo - que, em última instância, têm representado a ressignificação da política de saúde, ou seja, a própria negação de seu *status* legal de componente da seguridade.

De acordo com Santos (2009, p. 14), a partir dos anos de 1990 houve a opção governamental em não considerar a indicação de 30% do OSS para o

SUS, constante no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição, expressando-se:

- a) Pela retirada, em 1993, da participação da contribuição previdenciária à saúde (historicamente 25%);
- b) Pelo desvio de mais da metade da CPMF, em 1996;
- c) Pela esperteza e imposição do governo federal, no ano de 2000, durante a aprovação da EC 29, em calcular a sua contrapartida, baseada na variação nominal do PIB, pressionando a aplicação de porcentual sobre a arrecadação somente para Estados, Distrito Federal e Municípios;
- d) Na articulação junto ao Congresso Nacional, desde 2003, para não regulamentar a EC-29 com porcentual sobre a arrecadação para a esfera federal. (Cf. SANTOS, 2009).

A tais fatos, acrescenta-se que

a atualização do financiamento federal segundo a variação nominal do PIB não acompanha o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias. Mantém o financiamento público anual *per capita* abaixo do investido no Uruguai, Argentina, Chile e Costa Rica e por volta de 15 vezes menor que a média do Canadá, países europeus, Austrália e outros. É também fundamental notar que a indicação de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) constante no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (AD CT) da Constituição era o mínimo para iniciar a implementação do SUS com universalidade, igualdade e integralidade, que corresponderia hoje a R\$ 106,6 bilhões, deveria estar bem além desse mínimo, e não aos R\$ 48,5 bilhões aprovados para o orçamento federal de 2008. (SANTOS, 2009, p.15)

De fato, as definições orçamentárias no governo, têm se pautado na tese central de que “a solução não está na expansão do gasto social, e sim na focalização. Continua-se com políticas focais, em detrimento da lógica do direito e da seguridade social universalizada”. (SOARES, 2004, apud BRAVO; MENEZES, 2008, p. 17).

Ao mesmo tempo em que subfinancia o sistema público, ao longo dos 20 anos de construção do SUS, o governo brasileiro tem reiterado e até ampliado as possibilidades de fortalecimento do setor privado.

De acordo com Santos (2009, p. 16),

a opção dos governos pela participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução de Imposto de Renda (IR), do cofinanciamento de planos privados de servidores públicos incluindo as estatais, do não ressarcimento ao SUS pelas empresas de atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totalizava mais de 20% do faturamento do conjunto das empresas.

A rigor, observa-se que

no geral as políticas públicas de proteção social foram subfinanciadas com *per capita* anuais entre os mais baixos do mundo, sendo que na saúde a retração da contrapartida federal a partir de 1990 até os dias de hoje é constatada tanto pela queda do seu percentual, comparada a elevação do percentual da contrapartida estadual e municipal, como pela queda do seu *per capita* anual dos Estados e Municípios, e ainda, pela comparação da elevação do percentual da receita corrente federal perante o Produto Interno Bruto (PIB), com queda do percentual do orçamento do Ministério da Saúde perante a receita corrente federal (SANTOS, 2009, p.16).

Tais opções de governo tiveram fortes implicações no processo de construção do SUS. Conforme Santos (2009), o modelo de gestão vigente, atrelado ao subfinanciamento, dentre outras problemáticas, tem sido marcado estruturalmente pela **inibição**, na prática, **das recomendações e iniciativas no âmbito de políticas intersetoriais** com matriciamento das estratégias setoriais, o que resultou na **permanência da fragmentação setorial** e respectivos corporativismos, clientelismos e desperdícios... [...] (grifos nossos).

Essas tendências perpassaram os governos Collor e FHC. No primeiro mandato do governo Lula, houve uma tentativa de enfrentamento de alguns graves problemas<sup>43</sup> através do esboço de um projeto de desprecarização das relações de trabalho e fortalecimento do setor público, enfatizando a carreira SUS, a realização de concurso público e a gestão participativa. Porém, no que se refere ao financiamento, tanto no primeiro, quanto no segundo mandato manteve intacta a tendência dos governos que o antecederam.

---

<sup>43</sup> De acordo com Bravo (2004, 2006 e 2008), no início do governo Lula, o Ministério da Saúde esboçou algumas medidas que sinalizaram uma possível retomada da concepção da Reforma Sanitária, destacando as seguintes: 1) Escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária, para ocupar cargos no segundo escalão do referido Ministério; 2) Alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; 3) Antecipação da Convocação da 12ª CNS, realizada em dezembro de 2003; 4) Escolha de representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do CNS.

De acordo com Silva (2009, p.43-45), os dados do ano de 2007 retratam bem a tendência de desfinanciamento e redução dos gastos com saúde pública no Brasil:

- a) O gasto público com saúde foi de apenas 3,5% do Produto Interno Bruto (PIB), menor que América Latina (AL), 7% e Caribe, 8%. E, menor que a média dos países da Europa cujo gasto público foi de 7 a 10% do PIB;
- b) Os gastos sociais atingiram apenas 22% do PIB, menor do que em Cuba. Além disso, ressalte-se que desses gastos, grande parte é com a previdência social;
- c) O SUS assegurou apenas 2,39 consultas por habitante/ano, se considerada a totalidade da população brasileira e, 3,13 consultas por habitante/ano, se considerada apenas a população usuária do SUS, que é de 75% da população brasileira. Nas duas situações, o Brasil obteve desempenho inferior à média dos países europeus que é de 7,44.

A esse quadro, acrescente-se a histórica renúncia fiscal praticada no Brasil, a qual segundo Silva (2009, p. 44), envolve renúncia através de deduções no Imposto de Renda Pessoa Física (IRRF), Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ) e subsídios ou incentivos à indústria farmacêutica, conforme explicitado na seguinte tabela:

Tabela 2 - Renúncia fiscal estimada no Brasil, 2007.

<b>Benefício Tributário</b>	<b>Valor Estimado (em bilhões)</b>
<b>IRPF – despesas médicas</b>	<b>2,3</b>
<b>IRPJ – assistência médica, odontológica, farmacêutica a empregados</b>	<b>1,9</b>
<b>Entidades sem fins lucrativos – assistência social</b>	<b>1,6</b>
<b>Indústria farmacêutica (medicamentos)</b>	<b>2,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7,8</b>

Fonte: Estudos de Gilson Carvalho, retirado da apresentação em PowerPoint: 20 anos de Sucesso na Conquista do direito à vida-saúde do brasileiro, 2008.

Apesar dessa situação, Paim (2003, p. 28), corroborando Negri (2002), considera que a política de saúde, a partir dos anos 1990, deu passos essenciais para a construção do SUS, na medida em que buscou desencadear a descentralização das ações, serviços e da gestão: melhorias na gerência e na capacidade de regulação; a redução das desigualdades na distribuição dos tetos financeiros da assistência à saúde entre as regiões; ampliação do acesso à assistência; aumento da cobertura de imunização das crianças; expansão da atenção básica, com a implantação do PSF e incorporação da política de incentivo à utilização de Medicamentos Genéricos

Esse entendimento é compartilhado pelo atual governo, através do Ministério da Saúde (Brasil, 2003), ao reiterar que apesar dos recuos, por força das pressões do movimento sanitário, agora respaldado pelos Conselhos de Saúde, CONASS e CONASEMS, o setor construiu alternativas de sobrevivência, conquistando:

- ⇒ O incremento da sua capacidade instalada;
- ⇒ Relativa descentralização financeira através dos repasses fundo a fundo;
- ⇒ Criação de Leis Orgânicas e Conselhos de Saúde nas esferas estaduais e municipais;
- ⇒ Legitimidade do Ministério da Saúde na coordenação nacional da política de saúde;
- ⇒ E, uma importante atuação do Ministério Público na defesa dos direitos individuais e sociais indispensáveis. (BRASIL, 2003).

Todavia, é preciso destacar que ainda prevaleceu o revigoramento do conceito de seguro em vez de seguridade, haja vista não só a falta de financiamento, mas também dado ao *locus* institucional das três políticas, geridas e coordenadas em ministérios diferentes e desarticulados.

O resultado, segundo Pereira (2002), tem se expressado em estranhamento e competição entre as três áreas. Dessa forma, cada uma passou a adotar suas

estratégias de sobrevivência. A saúde, por exemplo, conseguiu financiamento provisório através da criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), a qual chegou ao fim sem que tivesse superado o drama da completa regulamentação da Emenda Constitucional de nº 29.

Assim, desde o início da implantação do SUS, em vez de esforços pró-articulação intersetorial, pelo menos entre as três políticas que compõem o tripé da seguridade, vem ocorrendo uma deliberada desarticulação, tendo a disputa por recursos como a aparente razão para tamanho estranhamento, quando na verdade o desfinanciamento constitui um dos indícios da opção governamental e das resistências políticas, afetas à correlação de forças estabelecidas, que tem marcado a Reforma do Estado Brasileiro pós-CF de 1988.

Na avaliação de Boschetti e Salvador (2006), as experiências nacionais, no campo das políticas sociais, até o momento têm assumido um caráter compensatório e focalizado na extrema pobreza. Sobretudo, porque, em função da atual política econômica, fica difícil para as políticas sociais assumirem outro caráter que não o compensatório. A rigor, tanto em função da natureza recessiva das políticas macroeconômicas - centradas na ótica do equilíbrio fiscal -, levando a ajustes fiscais continuados, com cortes sistemáticos de despesas, quanto em decorrência da apropriação dos fundos públicos, que custeiam as políticas sociais, como importante fonte de composição do superávit primário, através de mecanismos como a Desvinculação das Receitas da União (DRU), criada em 2002, permitindo ao governo aplicar livremente um percentual substantivo desses recursos. A resultante desse desvio de parcelas significativas dos recursos da Seguridade Social é o impedimento de maiores investimentos e ampliação de direitos na área social.

Pereira (2002) acrescenta que a conjunção de obstáculos estruturais e conjunturais com a onda neoliberal vem resgatando o velho modelo bismarckiano baseado no seguro, em oposição ao beveridgiano baseado na ampliação da cidadania. Porém, com mais um agravante:

O conceito de seguridade social preconizado pela Constituição Federal de 1988 é restrito e acanhado, se comparado com o esquema de Beveridge, em

1942, uma vez que este contemplou a saúde, a assistência, a reabilitação, a pensão às crianças, o treinamento profissional e a sustentação ao emprego (Beveridge, 1942 apud Pereira, 1998), ao passo que no Brasil restringe à Saúde, Assistência Social e Previdência. (PEREIRA, 2002, p. 66).

Em suma, essa análise é muito atual se considerarmos que o governo federal além de manter o desconto no imposto de renda para pagamentos efetuados para despesas com assistência médica e educação, recentemente criou mais um estímulo à assistência suplementar para servidores federais, sob a forma de subsídios aos planos de saúde gerenciados através de autogestão. E, ainda permanece com sua contrapartida calculada sobre a variação do PIB e não de porcentual sobre a arrecadação.

Essa realidade exige buscar apreender e compreender as resistências e dificuldades para fazer valer os direitos sociais assegurados na Constituição de 1988, considerando que as lutas coletivas efetivadas na década de 1980 foram substituídas, nos anos de 1990 e 2000, por lutas corporativas em defesa de grupos de interesses particulares e imediatos dos trabalhadores, que se somam à arraigada cultura anticívica da elite brasileira, e ao precário legado histórico da democracia nacional, conforme bem coloca Pereira (2002).

Considere-se que essa cultura conservadora das elites representantes do grande capital no Brasil, em sintonia com o capital internacional, articulados pela Confederação Nacional da Indústria (CNI), particularmente pelas entidades representantes da indústria farmacêutica e pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), bem como dos planos e seguros de saúde, expressaram-se claramente nos *lobbies* no Congresso Constituinte. Ademais, se mantiveram altamente articulados e com atuação permanente na Câmara dos Deputados, no Senado Federal e nas decisões e ações governamentais, tanto no período de regulamentação da legislação ordinária, quanto nas inúmeras reformas e emendas constitucionais no campo da seguridade, com destaque para as reformas da previdência em 1998 e 2004.

E, ainda se mantêm organizados, no sentido de, na prática, reverterem tendências de padrões universalistas e redistributivos de proteção social conquistados na CF de 1988, os quais, segundo Behring (2003), têm sido fortemente tensionados por algumas estratégias em operação:

- ⇒ Estratégias de extração de superlucro, com a flexibilização das relações de trabalho, onde se incluem as tendências de contração dos encargos sociais e previdenciários, vistos como custos para a produção ou gastos dispendiosos para o Estado;
- ⇒ Supercapitalização, com a privatização explícita ou induzida de setores de utilidade pública, onde se incluem a saúde, educação e previdência;
- ⇒ E, especialmente, pelo desprezo burguês pelo pacto social dos anos de crescimento, ou seja, com os direitos sociais e trabalhistas da era fordista.

Desse modo, a tendência geral é a de redução dos direitos, sob o argumento da crise fiscal, transformando-se as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias dos efeitos mais perversos da crise.

A rigor, segundo Behring (2003), com a Reforma (Bresser) do Estado, a saúde e as demais políticas sociais passaram a ter seu caráter público reinterpretado, ou seja, público como diferente de *res publica* (coisa de todos), como não estatal. Em última instância, expressa a recusa do Estado como produtor de bens e serviços.

Trata-se de uma noção de público que contraria a CF, introduzindo um terceiro elemento, qual seja, um novo ente jurídico, as Organizações Públicas não Estatais (OPNES) e as Organizações Sociais (OS), com autonomia administrativa, financeira e flexibilidade no funcionamento, estimulando e criando novos espaços para a iniciativa privada.

Neste sentido, o processo de construção do SUS tem sido mediado por permanentes enfrentamentos entre as concepções conservadoras e progressistas, com tendência hegemônica do projeto neoliberal que, ao longo dos anos 1990, segundo Bravo e Matos (2001), ratificou a:

- ⇒ falta de vontade política do poder público;
- ⇒ falta de recursos;
- ⇒ falta de permeabilidade às ingerências;
- ⇒ centralização administrativa e financeira;

- e) falta de efetiva regulação das atividades exploradas pela iniciativa privada.

No dizer de Behring (2003), nos anos 1990, as possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornaram-se limitadas, prevalecendo o trinômio do ideário neoliberal para as políticas sociais: privatização; focalização – associada à seletividade; e a descentralização liberal<sup>44</sup>. Citando Mota (1995), destaca que os usuários dos serviços de saúde são dicotomizados em cliente e consumidor, em que o cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo para a saúde previsto pelo Banco Mundial, e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado.

Para Vianna (1999), trata-se de “uma americanização da proteção social brasileira”, pois a privatização iniciada nos tempos da ditadura, com a adoção de convênios e a terceirização, em detrimento do investimento público, é aprofundada e incrementada nos anos 1990, com a privatização aberta, escancarada, de corte neoliberal, que repassa recursos públicos da saúde para a rede privada – terceirizada, conveniada, contratada. Além disso, incorpora novos mecanismos, como a concessão, tornando e/ou mantendo o SUS refém de tais interesses.

Assim, embora legalmente tenhamos estabelecido um avançado sistema de seguridade (na CF), no campo da efetiva organização e operacionalização do sistema não temos conseguido conter a americanização das políticas sociais.

A rigor, nos deparamos com um permanente embate entre as tendências de fortalecimento e as de esvaziamento dos serviços públicos. A tendência de esvaziamento tem predominado, haja vista que as medidas tomadas pelo Estado brasileiro, além de continuar repassando a maior parte dos recursos para a iniciativa privada, sofisticaram e ampliaram as possibilidades de relação público/privado, através de amplos processos de terceirização, contratualização, concessões e contratos de compra de equipamentos com exclusividade na manutenção. Também ampliaram as modalidades e possibilidades de estímulo e fortalecimento da iniciativa privada, muitas vezes tornando o SUS refém das empresas contratadas<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> Descentralização, praticada e entendida como mero repasse de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas ou do setor público nãoestatal.

<sup>45</sup> No Rio Grande do Norte, em julho de 2003, a imprensa local (Jornal de Hoje e TV Cabugi, hoje

Note-se que nesse contexto, além das empresas, entram em cena novos entes, OSCIPs e OSs, porém, ambos se estabelecem pela via da precariedade do trabalho e dos contratos temporários, formato esse que também foi introduzido nos serviços públicos, por meio de vínculos trabalhistas que se dão através de serviços prestados, contratação por projetos, consultorias, contratos por plantões e outras formas de precarização.

Neste sentido, para Bravo e Matos (2001), os processos de terceirização da mão-de-obra; a flexibilização dos direitos e a instabilidade funcional; a precarização das relações de trabalho e a ampla utilização do trabalho temporário se apresentam embalados em discursos e medidas de “modernização gerencial”, mas na verdade estimulam a criação e desenvolvimento do setor público nãoestatal e efetivam a desregulamentação da economia no campo dos serviços de saúde. Por essa via, subordinam a oferta de tais serviços às leis do mercado.

Para tanto, de forma abstraída das demais condições objetivas inerentes às relações de trabalho, salário, participação social, capacidade de investimento e financiamento, semeou-se a cultura da necessidade de racionalizar, otimizar, restringir os gastos e recursos públicos como símbolos de uma gerência competente. Nessa direção, a gestão do SUS volta-se para questões estritamente relacionadas à assistência curativa individual e se distancia cada vez mais de medidas de caráter de prevenção e promoção da saúde; portanto, ignora medidas de corte intersetorial.

Na realidade, como destacam Bravo e Matos (2001), tais medidas objetivamente burlaram a Constituição de 1988, quer instituindo estratégias de

---

INTERTV, afiliada da Rede Globo) tornou público um conflito entre a SESAP/RN – Secretaria de Estado da Saúde Pública e a empresa Andréa Virgínia Silva de Melo Dantas, a qual manteve contrato com o governo do Estado durante nove anos para realizar 2.900 exames de gasometria e íons para UTIs dos hospitais públicos estaduais. Terminado o prazo de validade do contrato, a SESAP/RN abriu um processo de licitação, aonde a diferença de preços chegou a 400%, de forma que a proposta mais cara apresentada, que custaria R\$ 98, 281,00 pelos 2900 exames, ainda custaria ao Estado menos do que o valor que era contratado à empresa, a qual propôs R\$ 231.0000,00 para renovação do contrato. Nesse processo licitatório, a citada empresa, mesmo baixando os preços para R\$ 23,90 por exame, ficou em 4º lugar, pois a empresa vencedora se propôs a fazer cada exame por R\$ 7,95, a segunda colocada propôs R\$ 18,29, e a terceira a R\$19,00. Não aceitando o resultado, a citada empresa entrou na justiça exigindo a renovação do contrato, alegando que a venda do equipamento havia sido feita garantindo-se a exclusividade na manutenção, inclusive conseguindo uma liminar para suspender o processo de licitação. Isso resultou em paralisações do atendimento, pondo em risco a vida dos pacientes internados dependentes do monitoramento da quantidade de oxigênio no sangue nas UTIs dos hospitais públicos do RN. (Fonte: Jornal de Hoje, quarta feira, 02 de julho de 2003). Tal fato tornou-se um escândalo, envolvendo promotoria da saúde, entidades médicas e várias denúncias da população, contribuindo para que a justiça reconhecesse que a exclusividade fosse considerada uma cláusula abusiva.

contratação sem concurso público (contratos por projetos, serviços prestados, plantões, terceirizações, concessões, entre outros), quer privilegiando os processos de privatização e a oferta de pacotes mínimos de bens públicos, sob a forma de programas assistenciais pobres, em detrimento do fortalecimento do sistema público.

Bravo e Matos (2001, p. 209) enfatizam que o processo de terceirização na área da saúde, nos termos atualmente configurados, ficaram mais visíveis em 1997, no documento Ações e Metas Prioritárias para a Saúde no Brasil, o qual aponta para a terceirização através de contratos de gestão.

Esse processo ocorreu associado à racionalização dos serviços no contexto do SUS, claramente inspirado no documento do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), de nº. 13, de 1998, em especial artigo de Bresser Pereira, o qual apresenta a seguinte proposta de reforma para o setor saúde, particularmente voltada para a assistência ambulatorial e hospitalar centrada nas seguintes estratégias:

- a) Rápida descentralização;
- b) Montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto pelos seguintes subsistemas:
  - ⇒ Subsistema de entrada e controle – UBSs e USFs;
  - ⇒ Subsistema de referência ambulatorial especializada – unidades de maior complexidade e especialização; hospitais credenciados e unidades de emergência (as únicas com atendimento direto);
  - ⇒ Montagem de um sistema de informação em saúde, através do DATASUS, para controlar despesas, avaliar qualidade, gerar indicadores para a vigilância epidemiológica e medir os resultados obtidos.

Portanto, embora em si a racionalização seja um elemento importante e necessário também para a consolidação de políticas universais, observa-se que as reformas para o campo da saúde no governo FHC, segundo Bravo (2001), foram marcadas pelo caráter focalizado para atender às populações vulneráveis, através do pacote básico para a saúde; ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado; descentralização dos serviços em nível local; eliminação da vinculação de fonte, com relação ao financiamento; desprofissionalização; refilantropização

(sociedade assumindo os custos da crise); e esvaziamento dos conselhos e da participação da sociedade, particularmente dos usuários. (id).

Além disso, para essa autora, outros aspectos importantes da reforma do Estado para o setor saúde podem ser visualizados nas diversas normatizações, como as Normas Operacionais Básicas (NOB), a regulamentação dos planos e seguros de saúde e dos preços dos medicamentos, incluindo-se o estabelecimento dos genéricos.

Diversas análises<sup>46</sup> sobre as Normas Operacionais Básicas, principalmente sobre a NOB 91 e a 93, afirmam que as condições exigidas para habilitação reduziram os municípios a meros prestadores de serviços, significando claro desrespeito à autonomia dos Estados e Municípios prevista na CF e na Lei 8080/90. Tal situação, além de ferir a referida autonomia, criou dificuldades ao exercício do planejamento local em saúde, inibindo a criatividade e possíveis inovações nos Estados e Município, sobretudo não estimulou iniciativas voltadas para ações intersetoriais, no entanto, ressalta-se a importância desse processo de normatização para assegurar homogeneidade ao SUS considerando dificuldades e questões relativas ao tamanho e à capacidade de gestão dos municípios brasileiros.

Embora considerada um grande avanço em relação às NOBs que a antecederam, segundo Bravo (2001, p.209), a NOB 96<sup>47</sup> ao enfatizar o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tem clara orientação focal, priorizando a atenção básica desarticulada dos demais níveis de complexidade. Mais que isso, instala-se uma verdadeira divisão do SUS em dois subsistemas: o hospitalar (de referência) e o básico – através de programas focais.

Esse direcionamento implicou na própria desarticulação intrassetorial, impondo grandes dificuldades à garantia da integralidade das ações, mas, sobretudo, representa uma verdadeira indiferença e descaso em relação a medidas de corte intersetorial voltadas para articular outras políticas sociais estratégicas para a efetivação do direito à saúde.

---

<sup>46</sup> Entre os quais destacam-se Bueno e Merhy (1997).

<sup>47</sup> Note-se que, conforme explicitado na própria introdução da NOAS 01/01 e na NOAS 01/02 – Normas Assistenciais SUS -, estas configuram um aprofundamento da NOB 96, ou seja, as NOAS preservaram a base filosófica, conceitual e operacional da NOB 96.

Assim, tanto no âmbito do SUS, quanto do Sistema Suplementar<sup>48</sup>, as medidas governamentais se voltaram para a produção e comercialização e controle de procedimentos, com foco nas ações curativas individuais e cada vez mais distantes da prevenção e promoção.

No seu conjunto, a condução do processo de construção do SUS, nos dois mandatos do governo FHC, traduziu-se na ênfase das políticas de gestão e na implantação de inúmeros mecanismos de racionamento, como a criação de cestas básicas de saúde, tais como: o Piso de Atenção Básica (PAB), o PSF, e o PACS, mediados por ações focalistas, e na criação de inúmeras modalidades de controle e burocratização dos processos de autorização de exames de média e alta complexidade e cirurgias eletivas. Também conformou um conjunto de medidas que, ao lado dos processos de precarização do trabalho, terceirização / privatização dos serviços, minou as bases do Projeto da Reforma Sanitária, desencadeando uma verdadeira contra-reforma no campo da saúde.

Tal direcionamento trouxe profundas implicações no cotidiano dos serviços, sobretudo no que se refere às tensões entre as necessidades da população, a garantia do direito à saúde, as limitações orçamentárias e a cultura política de negação dos direitos que marca a postura das elites brasileiras. Também incide sobre as resistências e dificuldades de apropriação e exercício do conceito ampliado de saúde e as possibilidades de organizar serviços, ações e práticas moldadas pela intersectorialidade, com repercussões na própria direção social do trabalho dos profissionais de saúde, inclusive dos Assistentes Sociais.

Entretanto, dadas as pressões e resistências interpostas pelos segmentos que permaneceram segurando a bandeira da Reforma Sanitária, conforme destaca Paim (2009, p. 28-29), na passagem da década de 1990 para o século XXI também são registradas medidas no campo gerencial e político-institucional, com consequências importantes e positivas para as políticas de saúde:

⇒ Expansão do PSF para uma cobertura de aproximadamente 50 milhões de brasileiros;

---

<sup>48</sup> A regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde e a respectiva criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dotada de autonomia orçamentária e decisória, foi uma conquista no sentido de que possibilitou disciplinar as relações de mercado, uma reivindicação dos usuários de planos de saúde, mas também cumpriu a função de atrair o interesse de grandes grupos estrangeiros e de ampliar as ações do Ministério da Saúde, da esfera pública para o mercado, conforme bem coloca BRAVO e Matos (2001).

- ⇒ Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº. 9.787/99);
- ⇒ Implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS);
- ⇒ Adoção do Cartão SUS em alguns municípios;
- ⇒ Implementação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS);
- ⇒ Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- ⇒ Estabelecimento da Emenda Constitucional nº. 29 (EC-29);
- ⇒ Realização da 11ª. Conferência Nacional de Saúde em 2000 e da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.

Para esse autor, ainda que tais iniciativas não tenham alterado significativamente a atenção à saúde no Brasil, representam passos importantes para a reestruturação do sistema de serviços de saúde no sentido da melhoria da assistência. (Id.).

Em 2003, passados 12 anos de construção do SUS, além das dificuldades internas, conforme reconhece o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2003, p.11), o SUS se mantém refém da seguinte situação:

[...] retração na oferta de postos de trabalho, decorrentes das condições estruturais relacionadas às mudanças tecnológicas no processo produtivo, mas sobretudo, de fatores recessivos associados às políticas de ajuste econômicos. Estas caracterizadas por juros elevados, baixa remuneração do trabalho assalariado e crescimento do trabalho informal, com precarização das relações de trabalho (segundo o IBGE, mais de 50% da força de trabalho empregada não tem carteira de trabalho, superando a média dos últimos 20 anos). Além disso, aprofundou-se a desigualdade social manifestada pela elevação crescente da concentração de renda, com repercussões sobre o agravamento das situações de pobreza e exclusão social, tanto dos que estão fora do mercado de trabalho quanto dos assalariados com precárias condições de trabalho e de remuneração.

Persistência de importantes bolsões de fome e miséria, e a crescente violência no campo e na cidade ainda compõem um quadro dramático que envergonha a nação, principalmente quando comparados os indicadores de crescimento econômico e financeiro com os indicadores de desenvolvimento humano.

As políticas fundamentais para a saúde da população, como as de saneamento básico, não se expandiram no ritmo desejável para atender às necessidades de abastecimento d'água e de esgotamento sanitário. Multiplicam-se as agressões ao ambiente.

Esse quadro marcou os anos de 1990 e, apesar de algumas medidas voltadas para a redução das desigualdades sociais em saúde, prossegue até o momento atual, representando fortes impactos na vida e saúde da população, cujo perfil epidemiológico se mantém, marcado pela persistência de doenças transmissíveis que se superpõem às crônico-degenerativas e por altas taxas de mortalidade. Essa situação, de persistência concomitante com predominância das doenças crônicas, confere um peso grande aos fatores de risco.

Na avaliação do CONASS (Brasil, 2006, p. 119), a causalidade das doenças crônicas depende de determinantes distais (fatores socioeconômicos), de fatores de risco proximais (o ambiente, a genética e os comportamentos) e de riscos biológicos (a hipertensão, o sobrepeso e a obesidade) para determinar consequências que se expressam em mortes e incapacidades.

Em documento oficial, o MS (Brasil, 2007, p.28), reafirma tal análise, destacando que estimativas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que um conjunto de fatores de risco é responsável pela maioria das mortes por doenças crônicas e por função substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Entre esses fatores destacam-se: a) o tabagismo<sup>49</sup>; b) a obesidade<sup>50</sup>; c) as dislipidemias (determinadas pelo consumo excessivo de gordura animal); d) e a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física<sup>51</sup>.

Ressalte-se que [...] há evidências de que atuar em fatores de risco pode eliminar pelo menos 80% das doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e acidente vascular cerebral, além de 40% de câncer. (Cf. BRASIL, 2007, p.28).

---

<sup>49</sup> Considerado pela OMS como grande problema de saúde pública, ao tabagismo são atribuídas cerca de 5 milhões de mortes ao ano, em todo o mundo. Responsável pelo aumento do adoecimento e morte por causas coronárias, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer. Entre as neoplasias associadas, destacam-se o câncer de pulmão (com riscos atribuível de 90%), de faringe, de esôfago, dos lábios e do colo do útero. (Cf. BRASIL, 2007, p. 28).

<sup>50</sup> De acordo com a OMS, a obesidade é um dos grandes problemas mundiais: mais de 2 milhões de pessoas com excesso de peso e 400 milhões de obesos. Fatores ambientais, estilo de vida não saudável, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo desempenham um papel preponderante na ocorrência. Fatores genéticos e/ou familiares atuam no aumento da suscetibilidade. Doenças cardíacas, câncer de mama, de cólon de útero e outros estão associados ao excesso de peso e obesidade. (Cf. BRASIL, 2007, p. 28).

<sup>51</sup> Estimativas globais da OMS indicam que a inatividade física é responsável por quase dois milhões de mortes, 22% dos casos de doenças isquêmicas do coração, e 10 a 16% dos casos de diabetes, câncer de mama, cólon e reto. Efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico, e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, antioxidantes, trato intestinal, e funções psicológicas aparentam ser os principais mecanismos pelos quais a atividade física protege os indivíduos das doenças crônicas. (Cf. BRASIL, 2007, p. 29).

Portanto, apesar do aumento dos investimentos em assistência médica, no Brasil, o diabetes e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde. E, se o diabetes *mellitus* ainda configura como uma epidemia mundial, com alta prevalência em todo território nacional, constitui prova cabal de que pouco se tem avançado no sentido de reduzir e eliminar fatores, menos ainda, no que se refere ao enfrentamento dos principais determinantes e condicionantes sociais, conforme revelam os dados apresentados no seguinte quadro elaborado pelo MS (BRASIL, 2007):

Percentual de Hipertensão referida nas Capitais dos Estados e Distrito Federal*		Porcentuais de Diabete referida nas Capitais dos Estados e Distrito Federal *	
Regiões	Hipertensos Prevalência	Regiões	Diabetes Prevalência
Norte	18,9	Norte	4,5
Nordeste	21,4	Nordeste	4,8
Sudeste	22,8	Sudeste	5,8
Sul	20,9	Sul	5
Centro-Oeste	19,4	Centro-Oeste	4,7
Estima-se que 40% dos AVC e aproximadamente 25% dos infartos em hipertensos podem ser prevenidos com terapia anti- hipertensiva.		Em 2005 ocorreram 36.616 óbitos por diabetes, sendo observado intenso aumento da mortalidade nas últimas décadas	

Esses dados expressam o quanto o enfrentamento dos graves problemas de saúde pública requer ações preventivas e, sobretudo, medidas no campo da promoção da saúde. Tal enfrentamento “demanda novas formas de gestão local, baseadas na intersetorialidade, na participação social e na equidade para consecução dos objetivos da qualidade de vida”, conforme bem colocam Mendes; Bogus e Akerman (2004, p. 48). Na realidade, requer o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Tais dados revelam principalmente que o país chega a 2006 com um quadro sanitário revelador de que pouco se avançou no campo da promoção da saúde. Portanto, que houve uma despolitização da saúde como questão social que se relaciona às condições e à qualidade de vida, expressos em uma intervenção pública focada na assistência médica individual.

Na interpretação de Paim (2009, p. 34), a partir dos anos de 1990, o movimento da Reforma Sanitária brasileira reduziu-se às tarefas de implementação do SUS, reduzindo o seu conteúdo reformista e revolucionário. Conseqüentemente, as relações entre saúde e condições de vida, bem como as questões relativas à determinação social das doenças, perderam espaço, embora se registrem esforços de construção dos distritos sanitários, da territorialização e dos modelos de atenção voltados para a diretriz da integralidade, que exige ações intra/intersectorais.

Assim, sob forte influência de orientação neoliberal, na década de 1990, verifica-se a rearticulação e predomínio do enfoque da saúde como um bem privado, reafirmando as práticas centradas na assistência médica individual. Assim, somente a partir dos anos 2005, com o debate sobre as Metas do Milênio, ressurgiu claramente a ênfase nos determinantes sociais expressando-se na criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005.

Observe-se que no primeiro mandato do governo Lula, verifica-se a incorporação de parte do discurso da RSB nos debates da 12ª CNS<sup>52</sup>, realizada, antecipadamente, em dezembro de 2003, enfatizando a democracia e a participação, e vislumbrando discutir os temas mais negligenciados no processo de implantação do SUS, dentre os quais: Seguridade Social e Saúde; **Intersetorialidade das Ações de Saúde**; e, Participação e Controle Social. E, ainda a convocação e realização da 1ª. Conferência Nacional de Acesso a Medicamentos e Assistência Farmacêutica; da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal, e da 2ª. Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação na Saúde, em 2004.

Porém, a partir do final de 2004, perdurando os anos de 2006 e 2007, registra-se um notório recuo do governo<sup>53</sup>, de forma que a maioria das deliberações

---

<sup>52</sup> A 12ª CNS foi antecipada pelo governo como um sinal de sua intenção de embasar a política de saúde em processo de reformulação a partir da participação da sociedade, sobretudo através das conferências e conselhos. A própria indicação do Sanitarista Sérgio Arouca, para a presidência da conferência e o resgate de temáticas umbilicalmente vinculadas à luta e às proposições do MRSB, foram incorporados como temas e eixos de discussão, destacando-se: Seguridade Social e Saúde; Intersetorialidade das Ações de Saúde; Controle Social e Gestão Participativa. Revelam a intenção, de reviver, e até de superar o espírito democrático da 8ª CNS. (sobre essa questão consultar: NORONHA, 2003; ESCOREL; BLOCH, 2005 e BRAVO 2008).

<sup>53</sup> Expresso inclusive na substituição do Ministro da Saúde Humberto Costa, nomeado em função das pressões de representantes do movimento sanitário ligados ao governo, pelo Ministro José Gomes Temporão, indicado pelo PMDB, o maior partido da base de sustentação do governo, justamente para contornar uma crise de governabilidade instalada durante o denominado “escândalo do mensalão”, em cuja crise o governo federal precisou fazer novas concessões, não só para manter aliados, mas também buscando novos aliados, inclusive alargando sua base junto aos segmentos de centro-direita. .

das referidas conferências e vários projetos estratégicos, em andamento, não saíram do papel.

Segundo Bravo e Menezes (2008, p. 19), as questões centrais não foram enfrentadas, tais como: a universalização das ações; o financiamento efetivo; a Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e a Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

A partir de 2005, verifica-se uma retomada dos debates em defesa da Reforma Sanitária, especialmente após o **8º Simpósio de Política Nacional de Saúde**<sup>54</sup> realizado em Novembro de 2005, cujo tema foi: SUS - o presente e o futuro: avaliação do seu processo de construção, que aprovou a **Carta de Brasília**, a qual dentre outras propostas, destaca:

- ⇒ A defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal;
- ⇒ Avançar na substituição progressiva do sistema de pagamento por serviços por um sistema de orçamento global integrado, alocando recursos baseados nas necessidades de saúde da população;
- ⇒ **Desenvolvimento de ações articuladas entre os Poderes (executivo, legislativo e judiciário) para a construção de soluções relativas aos impasses na implementação do SUS;** (grifos nossos)
- ⇒ Recriação do Conselho Nacional de Seguridade Social. (Cf.; BRAVO; MENEZES, 2008, p.19-20).

Segundo Paim (2009, p.35), “um dos produtos dessa retomada foi a divulgação do documento SUS para valer: universal, humanizado e de qualidade, no qual um dos tópicos explorava exatamente a sua relação com a Reforma Sanitária<sup>55</sup>”.

Para Bravo e Menezes (2008, p.20), após o 8º Simpósio de Política Nacional de Saúde, observou-se a iniciativa de articulação das entidades em torno das bandeiras da Reforma Sanitária, destacando-se a criação do Fórum da Reforma Sanitária formado pelas seguintes entidades: CEBES, ABRASCO, Associação

---

<sup>54</sup> Conforme Bravo e Menezes (2008, p.19), o evento reuniu mais de 800 participantes, entre eles, representantes da Frente Parlamentar de Saúde, diversas entidades representativas da população usuária, dos trabalhadores da saúde, dos prestadores de serviços e dos gestores.

<sup>55</sup> Trata-se do Manifesto lançado pelo Fórum da Reforma Sanitária, apresentado aos candidatos à Presidente da República, Governadores, Deputados e Senadores nas eleições realizadas em 2006.

Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Rede Unida e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA).

O referido simpósio, a Carta de Brasília e o lançamento, em 23 de novembro de 2005, do **Manifesto reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros**, subscrito pelo CEBES, ABRASCO, ABRES, Rede Unida e AMPASA, expressaram contundentes críticas ao Estado brasileiro e aos governos incapazes de contribuir para a consecução dessa reforma democrática da saúde. Esses eventos inclusive, constituíram momento oportuno para reunir forças e dinamizar o Fórum em Defesa da Reforma Sanitária Brasileira, ainda em 2005, bem como a própria refundação do CEBES, em 2006.

Em nível internacional, o principal acontecimento foi a realização do II Fórum Social Mundial da Saúde (FSMS) realizado em Nairobo, no Quênia, em janeiro de 2007, ocasião em que foi deliberado realizar um grande e aprofundado debate sobre seguridade social e saúde, a começar por constituir-se temática central do III FSMS.

Segundo informe do CNS, o III FSMS realizado entre os dias 25 e 27 de janeiro de 2009, em Belém, no Pará, antecedeu à realização do Fórum Social Mundial<sup>56</sup>, que contou com o apoio e sensibilidade do governo brasileiro e reuniu movimentos sociais nacionais e internacionais para discutirem temas ligados à área da saúde pública no Brasil e no mundo. (Cf.; CNS, 2009).

Segundo o Presidente do CNS, Francisco Batista Júnior, a oportunidade do encontro foi ímpar:

Foi um momento único e privilegiado, que possibilitou um debate aprofundado sobre o momento social, econômico e político porque passa o mundo, definindo movimentos táticos fundamentais para a realização de um grande debate e mobilização em defesa de sistemas universais de seguridade social (CNS, 2009).

Os debates realizados no III FSMS, realizado em Belém do Pará, de 26 de janeiro a 1º de fevereiro de 2009, dentre outras questões, enfatizaram que

---

<sup>56</sup> Os fóruns sociais mundiais denunciam desde a sua origem que o neoliberalismo produziu uma enorme crise social, que de forma sustentada e intencional, está se abatendo sobre as populações do mundo. As dívidas sociais acumuladas vertiginosamente como múltiplas exclusões frente aos direitos humanos necessitam agora ser pagas, não de forma parcial ou emergencial, e sim por meio de uma inflexão civilizatória que questione o neoliberalismo em crise, mas a própria matriz capitalista que o gerou. (MS, 2009, p.2).

A doutrina neoliberal estabeleceu a lógica da “desassistência programada” como tônica para as políticas sociais promoverem um verdadeiro genocídio contra as populações pobres do planeta ao negarem acesso às condições para uma vida digna. O III FSMS não aceita que a conta desta crise seja repassada aos povos do mundo e exige que os recursos necessários para a efetiva proteção social e econômica das populações sejam direcionadas a constituir respostas permanentes e estruturais que assegurem as condições de bem-estar, de bem viver e de qualidade de vida da população do mundo. É preciso protegê-la economicamente, garantir o acesso universal, integral e com equidade à seguridade social, à proteção ambiental, à dignidade do trabalho, à terra, à habitação, ao crédito, à soberania, à seguridade alimentar, à justiça, à segurança, à educação e à saúde, compondo um sistema de proteção social que cubra as seguridades civil e social. (MS, 2009, p. 02).

Durante a realização do III FSMS, em atenção à decisão do II FSMS, “a 1ª Conferencial Mundial sobre Sistemas de Seguridade Universais e Saúde foi oficialmente lançada pelo Ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão”. (CNS, 2009). A partir de então, o CNS assumiu uma posição estratégica para a articulação dos diversos órgãos e movimentos sociais capitaneando a realização de reuniões e encontros com vistas ao planejamento e realização da referida conferência, cujos objetivos destam-se:

- ⇒ Permitir um diálogo equitativo entre governos, instituições acadêmicas, agências governamentais, movimentos populares, sociais, sindicais e de trabalhadores, em geral, sobre o desenvolvimento de sistemas universais de seguridade social e saúde como alternativa para países e regiões;
- ⇒ Estimular países, governos e sociedades a adotar sistemas universais, integrais e equitativos como alternativa válida, ética e factível no processo de reformas nacionais e nos processos de integração regionais, buscando a produção de bens públicos;
- ⇒ Desenvolver a aproximação necessária quanto ao papel dos sistemas universais em sua relação com o desenvolvimento econômico e social dos países, em direção **à erradicação da pobreza e à construção da equidade** entre as classes sociais, gerações, gêneros e etnias, **desde a perspectiva dos determinantes sociais da qualidade de vida e a construção de ações transectoriais**. (CNS, 2009, p.5). (grifos nossos)

O CNS, em parceria com outros conselhos<sup>57</sup>, movimentos sociais e órgãos do governo federal, em verdadeira ação interministerial, envolvendo o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social (MPS) e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), constituíram o comitê executivo e a comissão organizadora, mensalmente se reuniram e com o apoio de uma secretaria executiva, composta pelas secretarias-executivas do CNS, SGEP/MS, MDS e MPS, para: organizar fóruns de articulação nacional e internacional; aprovar o regulamento<sup>58</sup>; definir a logomarca; providenciar infraestrutura e tomar as demais providências necessárias à realização da 1ª Conferência Mundial.

Além disso, em nível nacional foi desencadeada uma grande mobilização em torno da realização da I Conferência Nacional Sobre Sistemas Universais de Seguridade Social, em dezembro de 2009, como etapa preparatória para a 1ª Conferência Mundial sobre Sistemas de Seguridade Universais e Saúde<sup>59</sup>, que realizará em Brasília-DF, em dezembro de 2010.

A retomada dos debates, também em nível internacional, em 2005, foi marcada pelo fato de que a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health (CSDH), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. Um ano depois, em 13 de março de 2006, por meio de Decreto Presidencial, foi criada, no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). (CNDSS, 2008, p. 15).

A retomada das teses da RSB, certamente exerceu pressões junto ao governo Lula, em seu segundo mandato<sup>60</sup>, o qual desencadeou iniciativas como o

---

<sup>57</sup> Destacando-se o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

<sup>58</sup> Seguindo critérios demográficos, foram estimados mil participantes, de cerca de 80 países. Segundo informe do CNS, até o final de novembro de 2009, alguns países já haviam manifestado interesse em participar da referida conferência, enviando representantes, dentre os quais: Guatemala, Colômbia, Estados Unidos, Argentina, Uruguai, Bolívia, Paraguai e alguns países da África. (CNS, 2009, p.5).

<sup>59</sup> Será o primeiro evento em nível mundial, em que será possível discutir os diversos modelos de proteção em termos de seguridade social e de saúde. (CNS, 2009).

<sup>60</sup> Entretanto, segundo Bravo e Menezes (2008, p.21), ao longo do governo Lula, a disputa entre os Projetos Privatista e o da Reforma Sanitária continua. Embora em algumas propostas, procure enfatizar a Reforma Sanitária, não tem vontade política e financiamento para viabilizá-las. Percebe-se a continuidade das políticas focais, a universalização excludente, a não viabilização da Seguridade

Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde, o apoio à realização do III FSMS, a conclusão dos trabalhos da CNDSS, com a divulgação do Relatório CNDSS, em 2008, e a realização da I Conferência Nacional de Sistemas Universais de Seguridade Social e Saúde, preparatória para a I Conferência Mundial.

Mas no geral, segundo Bravo e Menezes (2008, p. 21), ao formular propostas concretas, ainda verifica-se um distanciamento e flexibilização das posições de diversos sujeitos históricos integrantes do Movimento Sanitário, em relação às teses da Reforma Sanitária<sup>61</sup>, especialmente o não enfrentamento da questão central do governo, que é a subordinação da Política Social à política macroeconômica.

Assim ainda que tenha envidado esforços para criar a CNDSS, com o objetivo de contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde; gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil; e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema, a proposta não corresponde a medidas concretas, especialmente, não há empenho na busca pela articulação com os movimentos sociais.

Não por acaso, tais objetivos apresentam consonância com as tendências **pós-Consenso de Washington**<sup>62</sup>, que, ao avaliarem os **malefícios da globalização** e a ineficácia das políticas de ajuste para os países periféricos, passam a defender a **equidade** com uma diretriz para as políticas sociais. Como explicitado no Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 2006, do Banco Mundial, o objetivo das políticas sociais pró-equidade não é a igualdade das rendas, mas a expansão do acesso por parte das pessoas de baixa renda, aos cuidados da

---

Social e a articulação com o mercado. E, o mais preocupante é a criação das Fundações Estatais, que além da saúde, pretende atingir todas as áreas que não sejam exclusivas de Estado, tais como: saúde, educação, ciência e tecnologia, cultura, meio ambiente, desporto, previdência complementar, assistência social, dentre outras.

<sup>61</sup> Inclusive não tem tomado as proposições da Carta de Brasília, resultante do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde como base para a política de saúde. (BRAVO; MENEZES, 2008, p.21).

<sup>62</sup> Segundo Mota (2008, p. 188), os organismos internacionais, ao revisarem as políticas de ajuste contidas no consenso de Washington, não estão oferecendo resposta para a desigualdade social, mas advertindo os países centrais dos perigos que a globalização vem produzindo. Conforme revela Stiglitz (2002, p. 299-300) se a globalização continuar a ser conduzida da maneira pela qual tem sido até aqui, se continuarmos a deixar de aprender com nossos erros, ela não só fracassará em promover o desenvolvimento como continuará a criar pobreza e instabilidade. Sem reformas, a reação que já se iniciou aumentará e o descontentamento com a globalização crescerá. Isso será uma tragédia para todos nós, especialmente para os bilhões de pessoas que de outra forma poderiam se beneficiar. Enquanto aqueles no mundo em desenvolvimento se arriscam a perder mais economicamente, haverá ramificações políticas mais amplas que afetarão o mundo desenvolvido também.

saúde, educação, emprego, capital e direitos de posse da terra<sup>63</sup>, conforme bem coloca Mota (2008, p.187-188).

Note-se que, ao abordar a relação entre condições de vida, ambiente e trabalho, com ênfase nas desigualdades existentes entre estas condições e sua associação com a situação de saúde, a Comissão CNDSS destaca as condições de alimentação e nutrição, saneamento básico e habitação, emprego, renda e trabalho, ambiente e saúde, acesso a serviços de saúde e à informação. Assim, mesmo que não utilize o termo intersectorialidade, sinaliza claramente nesse sentido.

Portanto, tanto no relatório CNDSS, quanto nos objetivos da I Conferência Mundial de Sistemas Universais de Seguridade Social e Saúde, a intersectorialidade aparece como uma das estratégias necessária à produção da equidade das políticas sociais e não apenas à sua eficácia e efetividade.

Embora se possa afirmar que a perspectiva de análise presente no relatório CNDSS, reduz os determinantes sociais a fatores sociais, ignorando a raiz das desigualdades sociais na sociedade capitalista, o seu mérito consiste em estimular o debate, alertar gestores, trabalhadores e pesquisadores acerca da relevância da temática - colocada à margem dos debates formulações programáticas e decisões políticas sanitárias ao longo do processo de construção do SUS.

Ademais, indica a necessidade de efetivamente empreender-se esforços para socializar o debate acerca dos determinantes sociais e de como incorporá-los às formulações programáticas e práticas em saúde no atual contexto do SUS.

Almeida-Filho (2003) apud BUSS (2007, p. 79) chama à atenção para o fato de que nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população.

Tal avanço “é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias”. (WHITEHEAD, 2000 apud BUSS, 2007, p.80).

A centralidade das iniquidades em saúde, segundo Adler (2006) apud Buss (2007, p. 80-81), podem ser identificadas em três gerações de estudos: 1) A primeira

---

<sup>63</sup> Conferir o Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial de 2006: equidade e desenvolvimento.

geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; 2) A segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; 3) E, a terceira e atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades.

Tais estudos, sobre os determinantes sociais e saúde, conforme Buss (2007, p.81), têm alguns desafios:

- ⇒ O principal desafio consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito;
- ⇒ Outro desafio importante, em termos conceituais e metodológicos, se refere à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. **Não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os determinantes de saúde no nível da sociedade.** (grifos nossos).

Segundo Buss (2007), é preciso considerar que as importantes diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois, se controlamos esses fatores (hábito de fumar, dieta, sedentarismo etc.), as diferenças entre estes estratos sociais permanecem quase inalteradas, conforme revela o estudo de Rose e Marmot (1981) apud Buss (2007, p. 82).

O clássico estudo de Rose e Marmot (1981) sobre a mortalidade por doença coronariana em funcionários públicos ingleses ilustra muito bem esta situação. Fixando como um o risco relativo de morrer por esta doença no grupo ocupacional de mais alto nível na hierarquia funcional, os funcionários de níveis hierárquicos inferiores, como profissional/executivo, atendentes e outros, teriam risco relativo aproximadamente duas, três e quatro vezes maiores, respectivamente. Os autores encontraram que os fatores de risco individuais, como colesterol, hábito de fumar, hipertensão arterial e outros

explicavam apenas 35 a 40% da diferença, sendo que os restantes 60-65% estavam basicamente relacionados aos DSS.

Partidário dessa compreensão, Tarlov (1996) afirma que “os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre”.

Cauteloso, Buss (2007, p. 82-83) chama à atenção para o fato de que há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde, dentre as quais, destaca as seguintes:

- a) A primeira, privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas;
- b) Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde;
- c) Os enfoques “ecosociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica;
- d) Finalmente, há os enfoques que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos.

Esses estudos:

- ⇒ identificam o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão

social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva;

⇒ procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, **mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social.** (grifos nossos).

Dentre os diversos esquemas que visam ilustrar os vários enfoques, Buss (2007) destaca e analisa dois modelos: o modelo de Dahlgren e Whitehead (GUNNING-SCHEPERS, 1999) e o modelo de Didericksen e outros (EVANS *et al.*, 2001).



Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

Na interpretação de Buss (2007, p. 83-84), o modelo de *Dahlgren e Whitehead* inclui os DSS dispostos em camadas, da mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes:

- ⇒ No âmbito dos determinantes individuais, considerada a camada mais próxima, conforme se pode ver na figura 1, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde;
- ⇒ Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais, como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc.;
- ⇒ A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, como se vê, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo;
- ⇒ No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços;
- ⇒ No último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas.

Já o modelo de *Diderichsen e Hallqvist* (1998) conforme Buss (2007, 84), foi adaptado por *Diderichsen, Evans e Whitehead* (2001). Esse modelo enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde.

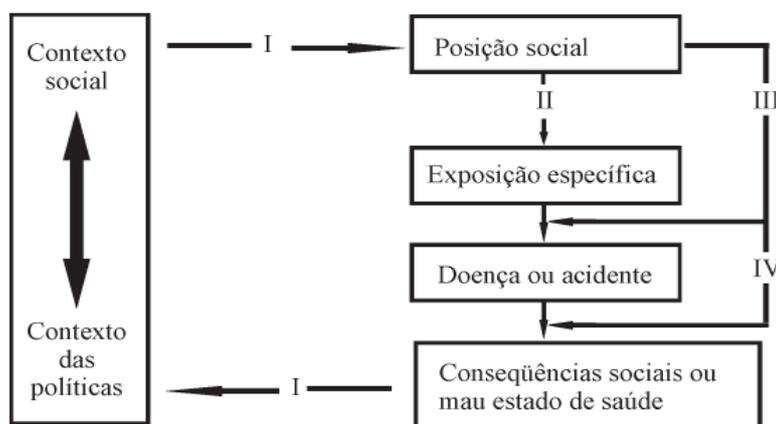


Figura 2 - Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist

Observe-se que no diagrama acima (figura 2), (I) representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, aparece diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde (II); o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos (III); e o diferencial de conseqüências sociais<sup>64</sup> ou físicas, uma vez contraída a doença (IV). (BUSS, 2001, p. 84).

Ao refletir sobre os diversos enfoques que informam as intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, Buss (2007, p. 85-86) destaca que o modelo de *Dahlgren e Whitehead* e o de *Diderichsen* permitem identificar pontos para intervenções de políticas, no sentido de minimizar os diferenciais de DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos.

Em relação ao modelo de *Dahlgren e Whitehead*, o qual Buss (2007) denomina “modelo de camadas”, afirma que o primeiro nível relaciona-se aos fatores comportamentais e de estilos de vida, indicando que estes estão fortemente influenciados pelos DSS, pois é muito difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam, haja vista que “atuando-se exclusivamente sobre os indivíduos, às vezes se consegue que alguns deles mudem

<sup>64</sup> “Por ‘conseqüências sociais’ entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família”. (BUSS, 2001, p. 84).

de comportamento, mas logo eles serão substituídos por outros”. (ROSE, 1992, apud BUSS, 2007, p.).

Ao analisar o primeiro nível pertinente ao modelo de *Dahlgren e Whitehead*, Buss (2007, P. 85-67) afirma que para atuar nesse nível, de maneira eficaz, são necessárias políticas de abrangência populacional que promovam mudanças de comportamento, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas.

Quanto ao segundo nível, que corresponde às comunidades e suas redes de relações, conforme explicitado por esse autor, “os laços de coesão social e as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva”. Aqui se incluem políticas que busquem estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, especialmente dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, e para que se constituam em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social.

O terceiro nível se refere à atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando assegurar melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros. Portanto, em geral essas políticas são responsabilidade de setores distintos, que frequentemente operam de maneira independente, obrigando o estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada.

O quarto nível se refere à atuação dos macrodeterminantes, através de políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade (CNDSS, 2006; PELEGRINI FILHO, 2006 apud BUSS, 2007, p. 86).

O modelo proposto por *Diderichsen et al.*, segundo Buss (2007, 86-87) permite também identificar alguns pontos de incidência de políticas que atuem sobre

os mecanismos de estratificação social e sobre os diferenciais de exposição, de vulnerabilidade e de suas consequências. Nesse sentido, destaca que:

- ⇒ Embora a intervenção sobre os mecanismos de estratificação social seja de responsabilidade de outros setores, ela é das mais cruciais para combater as iniquidades de saúde. Aqui se incluem políticas que diminuam as diferenças sociais, como as relacionadas ao mercado de trabalho, educação e seguridade social, além de um sistemático acompanhamento de políticas econômicas e sociais para avaliar seu impacto e diminuir seus efeitos sobre a estratificação social;
- ⇒ O segundo conjunto de políticas busca diminuir os diferenciais de exposição a riscos, tendo como alvo, por exemplo, os grupos que vivem em condições de habitação insalubres, trabalham em ambientes pouco seguros ou estão expostos a deficiências nutricionais. Aqui se incluem também políticas de fortalecimento de redes de apoio a grupos vulneráveis para mitigar os efeitos de condições materiais e psicossociais adversas.

Quanto ao enfrentamento dos diferenciais de vulnerabilidade, são mais efetivas as intervenções que buscam fortalecer a resistência a diversas exposições, como, por exemplo, a educação das mulheres para diminuir sua própria vulnerabilidade e a de seus filhos. A intervenção no sistema de saúde busca reduzir os diferenciais de consequências ocasionadas pela doença, aqui incluindo a melhoria da qualidade dos serviços a toda a população, apoio a deficientes, acesso a cuidados de reabilitação e mecanismos de financiamento equitativos, que impeçam o empobrecimento adicional causado pela doença.

Assim, para o autor, essas intervenções sobre níveis macroeconômico e social, intermediário ou microeconômico e social de DSS, com vistas a diminuir as iniquidades relacionadas à estratificação social, além de obrigarem a uma atuação coordenada intersetorial abarcando diversos níveis da administração pública, devem estar também acompanhadas por políticas mais gerais de caráter transversal que busquem fortalecer a coesão das comunidades vulneráveis, e promover a participação social no desenho e implementação de políticas e programas. (CSDH, 2006).

Observe-se que a concepção que fundamenta as teses da RSB, rejeita e supera a concepção de estratificação social e concebe as desigualdades como resultante do processo de expropriação, exploração e dominação que caracterizam as relações de produção capitalista fundada na divisão de classes, na produção coletiva e apropriação privada das riquezas produzidas. Confere fundamental importância à luta de classes e a organização, das classes que vivem do trabalho, contra o despotismo do capital. Portanto, concebe os direitos e serviços sociais como conquistas alcançadas através do fortalecimento das lutas sociais dos trabalhadores e da sua consciência de classe, que difere radicalmente da coesão.

Nesse sentido, as concepções, que informam o debate sobre os determinantes sociais em saúde, vinculam-se à guerra de posições que marca o embate entre os projetos societários e sanitários em disputa (Projeto, Privatista x Projeto da Reforma Sanitária). Trata-se de um debate mais amplo e acirrado envolvendo distintas, e opostas concepções, conceitos e perspectivas teórico-metodológica, que, conforme identifica Silva e Barros (2002), contempla desde as denominadas “desigualdades consideradas naturais<sup>65</sup>, sociais<sup>66</sup>, à desigualdade de classe<sup>67</sup>”, dentre outras inúmeras e incessantes desigualdades gestadas no ventre da sociedade capitalista, aprofundadas, banalizadas e naturalizadas em tempos de crise de acumulação e mundialização do capital.

O debate conceitual e as formulações objetivas dos movimentos de promoção da saúde, em nível mundial, indicam uma ênfase cada vez maior na atuação sobre os DSS, constituindo importante apoio para a implantação das políticas e intervenções em saúde coletiva.

---

<sup>65</sup> Para referir-se a diferenças ou semelhanças entre os indivíduos. Segundo Rosseau (1775), apud Silva e Barros (2002), as desigualdades naturais ou físicas são estabelecidas pela natureza, tais como: idade, saúde, forças do corpo; e das qualidades do espírito e da alma. Portanto vincula-se ao conceito de estratificação.

<sup>66</sup> De acordo com Silva e Barros (2002), a noção de desigualdades sociais comumente adotada no campo da saúde, relaciona as desigualdades às diferentes posições ocupadas no processo produtivo, portanto diz respeito à organização social da produção e, conseqüentemente, ao acesso a bens cuja disponibilidade é escassa. Nesse sentido, têm sido descritas que ocorrem em todas as sociedades conhecidas embora com padrões variáveis.

<sup>67</sup> Na interpretação de Silva e Barros (2002), a perspectiva marxista concebe as desigualdades sociais como resultado da divisão de classes, sendo estas definidas, predominantemente, pelo tipo de relações de seus integrantes com os meios de produção. Esse critério diferencia radicalmente dos demais conceitos ao enfatizar o papel da luta entre as classes fundamentais e antagônicas, considerada como propulsor da história de todas as sociedades humanas existentes até então.

Entre outras contribuições, esse debate cumpre o papel de ampliar a compreensão de que, organizar e oferecer políticas sociais públicas, especialmente políticas de saúde, através de um conjunto de serviços sanitários socialmente, necessários, sem dúvidas, dentre outros requisitos, requer desenvolver ações e práticas moldadas pela intersectorialidade, que, a rigor, significa, considerar e organizar serviços envolvendo e articulando os vários setores do governo que se relacionam às causas e às soluções dos problemas de saúde. Portanto, apresenta potencial de fortalecimento do projeto da RSB<sup>68</sup>.

### **2.2.1 Intersetorialidade & Saúde: concepções e desafios**

Partimos da compreensão de que a intersectorialidade enquanto estratégia de articulação de saberes, experiências, poderes, sistemas de serviços e rede socioassistenciais, segundo Sposati (2006), é uma opção de gestão.

Na perspectiva de democratização do Estado, vincula-se ao objetivo de aumentar a sinergia para alcançar melhores níveis de desenvolvimento social e efetivar direitos sociais e de cidadania. Portanto, conforme Bonzo e Veiga (2007), apud Bidarra (2009), não é algo que ocorra de forma espontânea nas organizações públicas, necessita ser ativamente construída. Nesse sentido requer um árduo trabalho de construção política que envolve a decisão política de investir em um processo socialmente construído; efetiva partilha de poder; e requer o conhecimento da realidade e a análise das demandas explicitadas pelos sujeitos comuns. (BIDARRA, 2009, P. 484-485).

Segundo esse autor, no âmbito da gestão social, os projetos políticos são portadores de intenções e de uma direção social pretendida. Por isso, trazem acoplados determinados modelos de gestão e formas concretas de materializar tais intenções, sendo contundente ao afirmar:

---

<sup>68</sup> Na interpretação de Bravo e Menezes (2008, p. 21), os defensores da Reforma Sanitária e do Projeto Democracia de Massas só conseguirão contribuir para reverter as profundas desigualdades existentes na conjuntura brasileira aliando-se a um amplo movimento de massas que exija a redução do fosso entre a política macroeconômica e as políticas sociais com a elaboração de uma agenda que defenda a garantia dos direitos humanos e sociais e a ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

Na atual conjuntura, tem predominado uma modalidade de projeto político que reivindica uma orientação gerencial para a implementação das políticas sociais. Tal orientação ganha repercussão quando os recursos de que dispõem são mobilizados para atender a uma lógica de descentralização e um tipo de participação política “anexada”, aquela que costuma se resumir no “fazer número”, ser plateia, para uma proposta previamente selecionada. (BIDARRA, 2009, p. 486).

No contexto do SUS, essa tendência se expressa nas propostas de descentralização administrativa sem a correspondente e devida contrapartida de recursos, assessoria técnica e política sanitária. Também se manifesta no tratamento burocrático e instrumental entre a gestão e espaços de controle social do SUS, especialmente Conselhos e Conferências, praticado por gestores nos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) ao longo desses 20 anos de construção do SUS, ao contrário das condições necessárias a uma efetiva capacidade de articulação intersetorial.

De acordo com Bidarra (2009, p.486), “para a efetivação de premissas relativas à ação intersetorial, deve-se contar com mecanismos operacionais que favoreçam a implementação conectada das várias intervenções realizadas pelas diferentes políticas setoriais”. Nesse sentido, citando Raichelis Degenszajn, 2008, p. 212), enfatiza: [...] “o processo de articulação intersetorial, requer a regulação e coordenação das polícias sociais sem contudo esvaziar a riqueza democrática do compartilhamento das decisões com a sociedade civil.”

Ressalte-se que a Reforma do Estado brasileiro, proposta e desencadeada a partir da formulação de Bresser Pereira, conforme citada no item anterior, ancora-se na desregulamentação dos direitos sociais, na perspectiva de sua redução; na adoção do modelo gerencial com ênfase na parceria entre público e privado, que na prática transforma e nivela organizações públicas e privadas em meros prestadores de serviços, ao mesmo tempo em que abre mão de funções precípuas do Estado, reduzindo suas ações no campo da proteção social, transferindo-as para a sociedade.

Nesse sentido, o Estado passa a estimular ações interssetoriais complementares, produzidas mediante as denominadas parcerias (ou ditas redes) que, inclusive, contam com incentivos financeiros objetivando a ampliação da atuação das organizações localizadas no chamado terceiro setor ou não governamental, (corriqueiramente nominada sociedade civil), conforme bem coloca Bidarra (2009, 488).

Nesse contexto, conforme Bidarra (2009, p.486), observa-se que o nível de intersectorialidade até então construído no atual processo de implementação das políticas públicas no Brasil, decorre ora pela alegada “escassez de recursos”, ora pelas profundas insatisfações no que se refere à capacidade das organizações darem respostas às demandas sociais e aos graves problemas vivenciados pelos cidadãos.

Nessa perspectiva, afirma Bidarra (2009, p. 487):

[..] restringir direitos é a alternativa para diminuir a demanda por investimentos e por cobertura estatal para com as mazelas sociais, expressões da “questão social”, que resultam do movimento de reprodução das desigualdades “financiando” pelo processo de superacumulação do modo de produção capitalista. Não se pode perder de vista o papel classista desempenhado para afiançar as reivindicações das elites econômicas.

No cotidiano do SUS, a restrição de direitos se expressa inclusive em mecanismos e limitados critérios de acesso aos serviços, que muitas vezes desconsideram as desigualdades sociais existentes e as próprias necessidades de saúde da população. Por isso terminam confrontando-se com a realidade dos usuários, os quais, na maioria das vezes, colocam em cheque o conteúdo e a forma de organização dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva pode-se afirmar que algumas das principais contradições, presentes no cotidiano do SUS, são permeadas e agravadas por decisões técnicas/políticas, cujo grande eixo norteador é a subordinação das necessidades dos usuários aos recursos disponíveis alocados segundo a primazia da contenção dos gastos, da ênfase na produção de procedimentos (produtividade) e burocratização do acesso.

Assim, no contexto do SUS, embora o direito à saúde, formalmente fundado em uma concepção ampliada de saúde, concretamente a implementação da política de saúde tem se efetivado, prioritariamente, por medidas centradas em ações curativas individuais, desvinculadas das condições de vida da população. Est situação é agravada por um modelo gerencial presidido pela lógica da redução dos gastos sociais com as políticas sociais públicas, norteador pela redução e retração do conjunto dos direitos sociais e trabalhistas, aprofundando ainda mais as desigualdades sociais inerentes à sociedade capitalista.

Dessa forma, a política de saúde ainda permanece sendo formulada e implementada setorialmente, incorporando de forma excepcional e experimental algumas dispersas e escassas iniciativas e experiências no campo da intersectorialidade. Portanto, concorre, decisivamente, para que as ações intersectoriais continuem a ser reduzidas a atividades assumidas por alguns profissionais, a partir de uma opção de cada profissional e não como estratégia claramente definida pelo sistema de saúde, com base em suas interfaces e articulações formalmente planejadas, enquanto integrante do sistema de proteção social.

A rigor, para superar essa situação e avançar no campo da intersectorialidade na perspectiva da democratização do Estado e da efetivação de sistemas universais de seguridade social articulados em defesa da vida, segundo Bidarra (2009), requer comprometer-se com a luta contra a apropriação personalista, corporativa e monopolista dos saberes. Essa apropriação tem servido como poderoso instrumento de manutenção de prestígio e/ou poder de sujeitos/setores isolacionistas que não pretendem a ação intersectorial, na medida em que ela provoca modificações no *modus operandi* da formulação das políticas sociais.

Daí a importância de se fortalecer a aposta nos mecanismos potencializadores da socialização e do fortalecimento da participação política, pois eles dizem respeito às expectativas e capacidade de interferência e de controle democrático sobre a direção da vida social. (BIDARRA, 2009, p.488).

Nesse sentido, para Junqueira (1997, p.31), a intersectorialidade constitui uma possibilidade de encaminhar problemas de uma população, situada em um determinado território, de maneira integrada. Assim, a intersectorialidade constitui uma estratégia de gestão que pode ter um alcance mais amplo, a própria gestão das cidades.

[...] o cidadão para resolver seus problemas necessita que eles sejam considerados na sua totalidade e não de forma fragmentada por apenas uma política. Apesar dos serviços serem dirigidos aos mesmos grupos sociais, que ocupam o mesmo espaço geográfico, eles são executados isoladamente por cada política pública. (JUNQUEIRA, 1997; p.32).

Obviamente, se as políticas públicas, particularmente as sociais, fossem bem articuladas, colaborariam para minimizar inúmeros problemas aos quais estão

submetidas determinadas populações em determinados territórios, constituindo-se em possibilidade de enfrentamento das iniquidades das políticas públicas, ainda marcadas pela desarticulação intra/intersectorial. Porém, não têm o poder de superar iniquidades que se vinculam às desigualdades de classes, cuja superação vincula-se ao nível de participação e organização das classes dominadas em torno da construção de um projeto de classe para si.

Na interpretação de Junqueira (1997, p.32), a desarticulação e a dicotomia reinante nas políticas sociais brasileiras podem ser superadas pela intersectorialidade, pela ação integrada de tais políticas. Enfatizando que mesmo as políticas sociais de caráter universal, têm dificuldades de promover a equidade e a integralidade do atendimento, haja vista que apesar dos problemas sociais manifestarem-se setorialmente, sua solução está na dependência de mais de uma política e constitui parte de um todo demandando uma maneira integrada para resolvê-los, daí a necessidade de ordenar as estruturas de poder das políticas públicas.

A partir desse raciocínio, afirma:

A intersectorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social. (JUNQUEIRA, 1997, p.37).

Bonzo e Veiga (2007), apud Bidarra (2009, p. 489), acrescentam que a intersectorialidade se diferencia, ainda que de maneira sutil, da articulação ou coordenação das ações, uma vez que envolveria alterações nas dinâmicas e processos institucionais e nos conteúdos das políticas setoriais. Portanto, ponto de vista substantivo, requer mais do que articulação ou a comunicação entre diversas políticas setoriais. Aponta para uma visão integrada da questão da exclusão.

Conforme Junqueira (1997, p. 37), trata-se de [...] “uma nova lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas públicas, **considerando o cidadão na sua totalidade**. Isso passa pelas relações homem/natureza, homem/homem que determinam a construção social da cidade.” (JUNQUEIRA, 1997, p.37). (grifos nossos).

Nessa linha de interpretação, Mendes; Bogus e Akerman (2004, p.48), destacam que a complexidade dos problemas urbanos e as possibilidades

oferecidas pelas cidades para projetos de melhoria da qualidade de vida fazem com que muitas das cidades brasileiras insiram-se em movimento por melhorias nas condições de vida filiando-se a distintas agendas sociais, como Cidades/Municípios Saudáveis e Agenda 21, entre outros.

Como se pode observar, esses autores abordam o tema a partir de uma concepção de que embora atente para as relações homem /natureza, homem/homem, não avança em relação aos determinantes sociais da saúde, tampouco em relação às raízes das desigualdades sociais, que residem na superexploração e concentração das riquezas socialmente produzidas, cuja produção torna-se cada vez mais coletiva e sua apropriação cada vez mais privada. Nesse sentido, tal concepção reduz as desigualdades sociais à exclusão social e a uma mera questão de planejamento e gestão das políticas públicas e das cidades.

Ressalte-se que essa concepção tem influenciado as formulações ministeriais. Por exemplo, na avaliação do MS, um dos avanços registrados no contexto do SUS tem sido a tentativa de implementação, de maneira sistemática, de articulações e ações intersetoriais visando à promoção e proteção da saúde, incluindo o conceito e a prática da Política de “Municípios Saudáveis”. Confere-se especial destaque às políticas de combate à fome (atendimento às carências nutricionais); aprovação do Estatuto do Desarmamento e o recolhimento de armas de fogo; aumento dos investimentos em saneamento básico. (BRASIL, 2003, p.12).

Assim, embora represente avanços importantes, tal direcionamento praticamente ignora as raízes das desigualdades sociais, conferindo um papel onipotente às políticas públicas, especialmente as políticas sociais.

Além disso, não considera que as expressões da questão social se manifestam em sua totalidade e que as respostas, e/ou o seu tratamento, é que tem se dado setorialmente. Exatamente por isso, mudar essa lógica, em direção à construção das políticas públicas moldadas pela intersetorialidade, tende a constituir um movimento contra-hegemônico ao modus operandi do modelo médico-procedimento-centrado.

Com base em tais reflexões, é possível compreender porque no contexto do SUS, embora a saúde constitua a maior política social brasileira, registrando significativo aumento de cobertura, tanto em termos de assistência médica, quanto nas áreas de vigilância sanitária e epidemiológica - jamais registrado antes na

história do Brasil -, o seu impacto e sua visibilidade são inferiores à ampliação do acesso e ao trabalho realizado.

Diante dessa realidade, o MS chama a atenção para o fato de que há um SUS quase invisível, que participa do cotidiano de todos, não apenas prevenindo doenças e epidemias, mas também garantindo a qualidade da água que bebemos, dos medicamentos que consumimos, das lentes que são colocadas em nossos óculos, das condições que trabalhamos, de inúmeros aspectos da qualidade de vida. (BRASIL, 2006; p.7).

Mesmo reconhecendo que as iniquidades das políticas sociais também se vinculam às desigualdades existentes na sociedade brasileira, o MS confere papel estratégico às políticas de inclusão social desencadeadas pelo atual governo, afirmando que as mesmas são responsáveis pela melhora de alguns dos indicadores de vida e saúde da população brasileira, dentre os quais destaca os seguintes indicadores:

- a) [...] entre 1995 e 2003, a miséria aumentou em 43% nas grandes cidades, mas entre 2003 e 2006, diminuiu o número de pessoas em situação de miséria no Brasil – 15% só em 2006, o que corresponde a 5,9 milhões de pessoas. A queda acumulada da população em pobreza extrema foi de 58,5% entre 1992 a 2006: 11,8% de diminuição entre 2005 e 2006. (BRASIL, 2007, p.18-19);
- b) De acordo com a PNAD/IBGE, o rendimento médio mensal dos domicílios passou de R\$ 1.494 em 2004, para R\$ 1.568, em 2005, e 1.687 em 2006, com ganhos reais de 5% em 2005 e 7,6% em 2006. Os maiores crescimentos do referido rendimento aconteceram no Nordeste (11,7%) e Norte (8,8). No Sul e Sudeste, o rendimento cresceu 7%. O menor crescimento foi registrado no Centro Oeste (6%). (BRASIL, 2007, p.19);
- c) Em 2006, houve aumento real de 13% do salário mínimo. Os 50% mais pobres aumentaram em 7,8% sua participação na renda. Os empregos com carteira assinada cresceram 4,7% em relação a 2005: de cada 5 novos empregos, 3 tiveram carteira assinada, no total significou . 1,3 milhões de pessoas a mais no mercado formal de trabalho. (Id.);

- d) A taxa de analfabetismo caiu de 13,7% em 1996 e de 11,4% em 2001 para 9,4 em 2006. Entretanto ainda é muito grande o número de adultos com mais de 25 anos considerados analfabetos: 13%, aumentando com a idade (Ibid., p. 20);
- e) O abastecimento de água cresceu de 81,1 para 84,2% entre 2001 e 2006, embora com grandes desigualdades regionais. A rede de água alcança apenas 68,9% das residências da Região Norte e 75% da Nordeste, com forte desigualdade social nessa distribuição. (Ibid., p. 21);
- f) A existência de rede coletora de esgotos ou fossas séptica, embora tenha crescido de uma média de 68,8 para 71,3% entre 2001 e 2006, ainda indica índices muito baixos de cobertura, que põem em risco a Saúde Pública e o meio/ambiente, atingindo apenas 48,5% dos domicílios da Região Nordeste e 44,4% da Centro Oeste. A exemplo do lixo, há graves problemas na destinação final das redes coletoras, quando existentes, muitas vezes rio ou mar, além de problemas de contaminação de lençóis freáticos e dos próprios aquíferos... (Ibid., p. 21);
- g) Embora tenha aumentado a cobertura de 83,2% para 87,6% na coleta de lixo, permanecem problemas graves na qualidade dessa coleta e sua destinação final, especialmente em uma sociedade em crescimento e cada vez mais produtiva de lixo não biodegradável. (Ibid., p. 21);
- h) As redes de energia elétrica e iluminação atingiram uma taxa média nacional de cobertura de 98,1%, fruto de políticas públicas de inclusão, como o programa “Luz para todos”. Essa cobertura também é menor no Nordeste, onde 5,3% dos domicílios ainda não dispõem de energia elétrica. (Ibid., p. 21).

Além disso, o atual governo vem estimulando uma maior articulação entre saúde, educação e assistência social, por exemplo, ao incluir mecanismos de condicionalidades na gestão e critérios de acesso aos programas de transferência de renda.

Silva e Silveira, *et al.* (2006, p. 99-100), ao analisarem o Programa Bolsa Família<sup>69</sup> (PBF), afirmam que o atual governo tem estimulado iniciativas de

---

<sup>69</sup> O PBF foi criado com o desafio de combater a miséria e a exclusão social, através da unificação

articulação entre as políticas de transferência monetária e as demais políticas sociais, expressas através das condicionalidades nas áreas de saúde e de educação, bem como constituindo e implementando comitês gestores intersetoriais, nos três níveis de governo, demonstrando um claro esforço de articulação intersetorial, na operacionalização e na gestão do referido programa, portanto, dando materialidade ao princípio da intersectorialidade.

Bravo e Menezes (2008, p17), citando Marques e Mendes (2005, p. 169), ressaltam que o combate à pobreza não se dá apenas por políticas de transferência de renda, mas é preciso que estas estejam associadas a outras políticas sociais, isto é, no contexto de uma política de universalização da proteção social, a garantia de renda seria compreendida como um direito. E, o seu avanço não abandonaria a ideia de universalização das políticas sociais, ou seja, não seria acompanhado pela implantação de um “Estado mínimo” nos outros ramos da proteção social.

No geral, as discussões sobre a necessidade de uma maior articulação entre as políticas sociais nos países latino-americanos vêm ganhando grande importância nos debates de diversas organizações da região. Por exemplo, em 2006, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) elaborou um relatório no qual aponta para a necessidade de uma maior articulação entre as políticas sociais. (Id.).

Portanto, na atualidade, não há dúvidas de que a intersectorialidade aumenta a eficácia e efetividade das políticas sociais e que tem impacto na redução das desigualdades, isto é, tem potencial para promoção da equidade.

Porém, embora se reconheça que pela primeira vez na história da República Federativa do Brasil, conforme revela o MS, tenha ocorrido uma redução nos níveis de desigualdade, inclusive com impactos na redução da mortalidade por doenças transmissíveis, o fato incontestável é que este processo não vem se constituindo uma tendência constante e/ou crescente. Assim, “a mortalidade por doenças transmissíveis ainda persiste e soma-se ao vertiginoso aumento nas doenças crônicas, como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e as mortes por acidentes e violências de natureza diversas”. (Cf. BRASIL, 2007, p.22).

---

de todos os programas sociais e a criação de um cadastro único dos beneficiários. É considerada a ação mais importante do governo Lula na área social, conforme bem coloca Marques e Mendes (2005). Porém, conforme Bravo e Menezes (2008), apesar dos avanços nas condições de vida de milhões de brasileiros, é importante destacar que o PBF não se constitui um direito, trata-se de uma política de governo, fruto de um decisão do executivo federal. Não sendo uma política de Estado, pode ser extinto a qualquer momento.

Tal situação epidemiológica revela que embora se registre uma ampliação nos investimentos em saneamento básico; na política nacional de redução da morbidade/mortalidade por acidentes e violências, com o objetivo de efetivar a Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/2001), destacando-se um aprimoramento e maior rigor nas leis de trânsito; implantação de uma Rede Nacional de Prevenção da Violência e de Promoção da Saúde ( Portaria GM/MS nº 936 de 19/05/2004), implantação de uma política antitabagismo e, mais recentemente, o aumento da taxa de impostos sobre a produção e comercialização de cigarros, a rigor, tais medidas, além de incipientes, ainda se fazem desarticuladas do planejamento em saúde<sup>70</sup>.

No que se refere à política de saúde *stritu sensu*, de 2003 a 2008, registram-se importantes avanços em relação à saúde bucal, com o Brasil Sorridente e a assistência pré-hospitalar, como o SAMU, porém o atual governo manteve as principais estratégias de corte neoliberal desencadeadas no governo FHC. Por exemplo:

- a) Ampliou o número de Equipes da ESF sem efetivar reorientações significativas na estratégia e na atenção básica, que permanece centrada na atenção ambulatorial com baixo nível de estímulo à participação social e frágil desenvolvimento de ações intersetoriais;
- b) Não tem priorizado investimentos capazes de reverter a dependência do setor público em relação ao privado;
- c) Não tem conseguido ampliar o debate interno e medidas efetivas na perspectiva da intersetorialidade, inclusive não incorporou indicadores de corte intersetorial às metas do pacto pela saúde.

Entretanto, há um consenso de que o SUS mudou de forma radical a configuração da atenção à saúde no Brasil. E, que, sem dúvida, é uma das políticas sociais mais abrangentes e distributivas da história nacional, ao tornar o acesso à saúde universal e incluir milhões de brasileiros na condição de usuários de saúde. (CEBES, 2009, p. 186). A própria decisão do II FSMS de realizar a 1ª Conferência Mundial de Sistemas Universais de Seguridade Social e Saúde, no Brasil, baseou-se

---

<sup>70</sup> Por exemplo a destinação de recursos e aprovação de projetos de saneamento básico têm sido realizadas sem o debate e a devida apreciação junto aos conselhos e aos órgãos gestores do SUS nos três níveis de governo.

no reconhecimento de que, apesar dos problemas, o Brasil é referência mundial no que diz respeito a sistema universal de saúde. (CNS, 2009).

Assim, o SUS não pode ser tratado e resumido a um mero plano de saúde. Afinal, é muito mais que um sistema de saúde, integra um sistema de proteção social. Conforme define o CEBES (2009, 185),

[...] O SUS é mais que um sistema de saúde. Faz parte do pacto social presente na Constituição de 1988, que visa à construção de uma sociedade democrática e solidária. Foi inscrito na seguridade social para, junto à assistência social e previdência, garantir proteção social em condições de igualdade a todos os cidadãos, através de políticas equitativas e sistemas universais, públicos e financiados por toda a sociedade.

Porém, “em 20 anos de SUS, a saúde tem sido negligenciada em prol de uma política econômica restritiva e de acordos políticos particularistas”. (CEBES, 2009, p.186). Essa é uma das explicações para o fato de que os avanços registrados ainda fiquem restritos à ampliação do acesso a procedimentos ambulatoriais e médicos hospitalares, cujo impacto das ações é reduzido, dado o ínfimo investimento na promoção e prevenção da saúde, traduzindo-se na persistência da situação epidemiológica.

Pode-se afirmar que, além de reduzidos, tais investimentos são feitos de forma desarticulada de outras políticas sociais, ou seja, poderiam ser potencializados por medidas de caráter intersetorial, por exemplo vinculando o financiamento das ações ao alcance de metas<sup>71</sup> mais amplas relacionadas a melhorias nas condições e qualidade de vida, o que requer considerar as necessidades de saúde em sua totalidade. Eis um dos maiores desafios para o planejamento e gestão da política de saúde na atualidade.

Entretanto, até mesmo as iniciativas nessa direção ainda são permeadas por armadilhas que dissociam e se distanciam da concepção ampliada de saúde, ou seja, apresentam inúmeras dificuldades de articular a prevenção, a promoção, a

---

<sup>71</sup> Por exemplo, amplia-se o número de ESF sem condicionar que, naquelas áreas os Estados e Municípios invistam em ações estruturantes, tais como: melhorias sanitárias, água tratada, esgoto, melhorias habitacionais, geração de emprego e renda, etc.. Assim, o que se observa, sobretudo na periferia das grandes cidades e nas áreas rurais é a massiva ampliação do acesso a medicamentos, como por exemplo, para verminoses, muitas vezes ingeridos com água contaminada. Assim, a política de saúde chega isolada aos mais logícuos rincões do Brasil.

terapêutica e a clínica. Revelam a importância da intersectorialidade na revisão teórico-conceitual e na intervenção.

Nesse sentido, também revelam a necessidade de assegurar articulação nas duas frentes essenciais ao desenvolvimento do SUS como política de seguridade: a reorganização dos serviços e modos de gestão e atenção, buscando aproximá-los ao máximo das necessidades de saúde da população, afirmando a base jurídico-legal conquistada com muita luta, e o enfrentamento dos determinantes sociohistóricos do processo saúde/adoecimento, mediante a articulação da política de saúde com as políticas econômicas e sociais, dentre outras iniciativas e medidas.

Trata-se de políticas e estratégias de Estado e Governo, cujos maiores desafios do SUS são de ordem estrutural (Santos, 2009). Assim, em uma conjuntura desfavorável à efetivação de sistemas universais de seguridade social, marcada pela generalizada ausência de medidas capazes de superar os grandes entraves de ordem estrutural, segundo Santos (2009, p.15-16), à gestão do SUS nas três esferas de governo, vem restando uma faixa muito estreita de geração e efetivação de políticas e estratégias pautadas no conjunto dos princípios do SUS. Na realidade, sob os efeitos e barreiras impostas, o MS vem construindo uma governabilidade perante os gestores estaduais e municipais, os prestadores privados de serviços complementares do SUS, os trabalhadores e as demandas da população usuária, calcada nas estratégias de:

- a) Estabelecimento da figura dos tetos financeiros estaduais, municipais, hospitalares e outros, enquanto guias para os repasses federais e respectivos gastos;
- b) Manutenção da modalidade de pagamento por produção dos procedimentos de alta complexidade por meio de tabela, em que a maioria dos valores encontra-se abaixo do custo, exceto os de maior incorporação tecnológica e utilização de bens mais sofisticados;
- c) Fragmentação dos repasses federais aos Estados, DF e municípios, já tendo alcançado por volta de 130 fragmentos, hoje reduzidos com o Pacto de Gestão, mas com pressões internas para não continuar reduzindo;

- d) Permanência do centralismo e hermetismo no processo de planejamento e orçamento, com baixa consideração ao planejamento e orçamento ascendente com estabelecimento pactuado de metas, custos, prioridades e qualidade, visando à articulação regionalizada de redes de cuidados integrais;
- e) Lentidão e imobilidade na articulação e implementação regionalizada das redes de cuidados integrais;
- f) Priorização das estratégias de ampliação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde da Família focalizados nos estratos sociais mais pobres, com baixo custo (e orçamento), baixa resolutividade, baixa efetividade, como porta de entrada no sistema e **sem condições de efetivar ações estruturantes no sistema;**
- g) Desmesurada produção de portarias normativas ministeriais, que em 2002, eram, em média, oito por dia útil, tendo caído um pouco e voltado a crescer. Por isso, as necessidades e direitos da população ainda são secundários na lógica do modelo de gestão vigente, no qual predominam os interesses da oferta dos trabalhadores em saúde, prestadores de serviços, da indústria de medicamentos e do modelo econômico financeiro.

No que se refere ao controle e às auditorias, os paradigmas ainda predominantes na esfera federal, dentre outras formas tradicionais, ainda vinculam-se ao subfinanciamento, à fragmentação dos repasses e respectivos incentivos/prêmios de cada fragmento, ao pós-pagamento por produção, através de tabelas de procedimentos e valores. Em suma, profundamente voltados para os processos e não para os resultados, sobretudo distantes de incidir sobre o potencial gerador de ações dolosas e irregulares. O processo de regulação segue essa mesma lógica. (Cf.; SANTOS, 2009).

Diante dessa realidade, o desenvolvimento do SUS tem avançado mais em relação aos processos de racionalização e controle<sup>72</sup> do trabalho junto ao nível local,

---

<sup>72</sup> Tal controle se expressa tanto na remuneração por procedimentos e na institucionalização e de mapas e sistemas de controle da produtividade mensal por profissional e unidades, quanto pela

do que interferido no processo de geração das doenças, que é o principal objeto da saúde pública. (Cf.; Costa, 1998). Não é à toa que a adoção de práticas e ações intersetoriais ainda é uma experiência pontual e esporádica no cotidiano do trabalho em saúde no contexto do SUS.

Ao se debruçar sobre essa questão, Mendes; Bogus e Akerman (2004, p. 49), destacam que implementar políticas sociais, com esse enfoque, implica na superação de políticas fragmentadas, que por sua vez requerem privilegiar projetos articulados com o compartilhamento de informações permeáveis à participação do cidadão no planejamento e na avaliação das ações e serviços.

Motta e Aguiar (2001, p.366-367) acrescentam que a atenção integral à saúde só é alcançável quando o trabalho se articula quebrando a fragmentação entre os saberes e práticas. Neste caso, profissionais realizam intervenções de suas respectivas áreas, mas também realizam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos. Portanto, a integração entre diferentes áreas e a abordagem de problemas de forma criativa **demandam** mudanças individuais, institucionais e **ações intersetoriais**.

Ressalte-se que o conceito e o formato da seguridade social, assegurados na C.F de 1988, incorporados à Lei 8.80/90, apontam no sentido de que o Estado brasileiro formule, implemente e avalie as políticas de seguridade de forma descentralizada, intersetorial e com participação da sociedade.

Nessa direção, Noronha; Lima; e Machado (2004, p. 64), afirmam que

o arcabouço institucional do SUS prevê uma série de instâncias de negociação e decisão, envolvendo a participação dos diferentes níveis gestores do sistema e de diversos segmentos representativos dos interesses da sociedade. Nesse sentido, destaca-se a participação dos gestores nos conselhos de saúde, nos conselhos de representação dos secretários de saúde (Conasems), Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados (Cosems), na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e nas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs). É preciso também considerar que este arranjo institucional específico do SUS permite que outras instâncias, mesmo não diretamente responsabilizadas pelo desempenho de funções típicas da gestão dos sistemas de saúde, participem do processo decisório sobre a política de saúde, nos diversos campos de ação governamental previstos pela Lei Federal nº. 8.080/90. Os gestores, portanto, não exercem suas funções e cumprem com suas responsabilidades na área da saúde de forma isolada. O exercício da

---

instauração de auditorias sobre os procedimentos realizados. Portanto, em geral ainda dissociados das metas estabelecidas ou pactuadas e de sistemas mais abrangentes de avaliação de desempenho. (Cf.; COSTA, 1998).

gestão pública da saúde é cada vez mais compartilhado por diversos entes governamentais e não governamentais e exige a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação e negociação dos interesses da sociedade. Cabe aos gestores assumirem a liderança da negociação política voltada para o processo decisório, característica das sociedades democráticas, em defesa da implementação dos princípios do SUS. (grifos nossos).

Portanto, organizar serviços moldados pela intersectorialidade remete, imediatamente a mudanças nos planos da macropolítica (planejamento e gestão) e da micropolítica (processos de trabalho, práticas em saúde):

- a) No campo da macro-política, necessariamente, remete ao compartilhamento de poderes fundados no princípio da participação social no processo de formulação, avaliação e monitoramento das ações e serviços de saúde e a sua interface com as demais políticas;
- b) No plano da micro-política, remete ao desenvolvimento da capacidade de análise e habilidades para atuar de forma interdisciplinar como condição para empreender análise ampliada da realidade e intervir de forma global sobre os problemas detectados.

Assim, essas mudanças têm uma estreita relação com os processos de democratização das relações Estado/sociedade e com a necessidade de democratização e descentralização da gestão das políticas sociais públicas.

Ressalte-se que,

[...] no Brasil, o processo de descentralização, iniciado nos anos 1980, tem uma estreita relação com os processos de democratização política. (CARVALHO, 1990). Essa descentralização política oferece perspectivas interessantes. 'Uma das vantagens é o fato de que as políticas locais podem integrar os diferentes setores e articular os diversos atores. (Dowbor, 1999). Outro aspecto refere-se ao papel desempenhado pelas autoridades locais, ou gestores sociais, que passam a ter uma importante função na definição de políticas e na execução de programas que beneficiam a população da cidade. (CAMPAGNONE, 1999 apud MENDES; BOGUS; AKERMAN, 2004, p.48).

Porém, marcado e tensionado pelos dois grandes projetos em disputa<sup>73</sup>, o processo de descentralização da política de saúde no Brasil, desde a edição da

---

<sup>73</sup> O Projeto Neoliberal trata a descentralização como desconcentração, desresponsabilização, contenção dos gastos e racionamento da oferta. O projeto da reforma trata a descentralização como diretriz estratégica para dividir e compartilhar responsabilidades, somar esforços para reafirmar a

NOB INAMPS 01/91 à NOAS SUS 2002, tem sido regado a normas operacionais, instruções normativas e portarias emanadas do MS, nitidamente formuladas a partir de uma cultura institucional enraizada em práticas centralizadoras e verticalizadas. Portanto, ferindo a autonomia dos Estados e Municípios. Superar essa cultura institucional constitui um dos grandes desafios do SUS, razão pela qual vem sendo discutido no processo de construção do Pacto de Gestão proposto pelo MS a partir de 2005, através do qual, o atual governo inaugura um novo estilo de gestão do SUS, tanto no que se refere ao estabelecimento de relações entre entes federativos autônomos (União, Estados e Municípios), quanto ao incorporar o alcance de metas que privilegiam resultados.

Considere-se que, entre a década de 1990 e o atual contexto de implementação do Pacto pela Vida, Pacto dos Indicadores e Pacto de Gestão, embora se registrem avanços do ponto de vista da ampliação e organização dos serviços, se comparados à situação anterior, sobretudo no que diz respeito à quantidade dos serviços ofertados e à ampliação da cobertura<sup>74</sup>, tais avanços não têm sido acompanhados de significativa melhoria da qualidade da atenção e de articulação de medidas intersetoriais com capacidade para incidir na melhora da qualidade de vida. Este quesito ainda é abordado e incorporado de forma implícita, incipiente, pontual e esporádica.

Tanto é assim, que aliadas à inexistência de efetivas ações intersetoriais, às péssimas condições de vida e ao baixo nível de investimento nas ações básicas de saúde, vem sendo reiterada uma situação histórica de demanda reprimida, baixos níveis de eficácia e grandes dificuldades de garantir integralidade das ações e da atenção em todos os níveis da assistência à saúde.

Na realidade, a combinação entre insuficiência, deficiência, baixa qualidade da atenção básica e ampliação da capacidade de diagnóstico, mediado por alta tecnologia, em geral localizada nos serviços de alto custo, têm pressionado cada vez

---

saúde como direito social e como política de seguridade social.

<sup>74</sup> Apesar das inúmeras dificuldades vivenciadas, ao longo desses 20 anos de sua construção, conforme Santos (2009), o SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 bilhões de pessoas atendidas, por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde da família. Em 2007, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais; 2,1 milhões de partos; 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias; 55 milhões de sessões de Fisioterapia; 23 milhões de ações de vigilância sanitária; 150 milhões de vacinas; 12 mil transplantes; 3,1 milhões de cirurgias; 215 mil cirurgias cardíacas; 9 milhões de sessões de quimioterapia; 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. (SANTOS, 2009, P. 17-19).

mais o sistema para a ampliação e oferta de serviços e procedimentos de alta complexidade, cuja resposta tem sido a ampliação dos contratos com o setor privado, que, praticamente, tem inviabilizado a reversão do modelo privatista e médico-procedimento-centrado, ainda hegemônico.

Igualmente, não reverte o processo de universalização excludente que empurra a população, inclusive os segmentos populares, a recorrer ao mercado, expresso na ampla e visível expansão dos planos e serviços privados de saúde, dentre os quais vêm se destacando os chamados planos e clínicas ditas populares.

Nessa perspectiva, concorda-se com Rivera (1989), quando afirma que a excessiva concentração na questão da racionalização dos recursos, uma concepção a-histórica dos recursos e o abandono das relações de poder geram o risco de esvaziamento das grandes formulações programáticas.

Nesse sentido, a construção da integralidade da atenção tem sido praticada de forma restrita ao acesso a exames, consultas e procedimentos, com ênfase no acesso a serviços e atenção de alta complexidade, permanecendo refém da concepção de saúde restrita à assistência médica, portanto ainda longe do conceito ampliado de saúde, que exige práticas moldadas pela intersetorialidade.

Ressalte-se que, a integralidade enquanto um dos princípios fundamentais do SUS e a intersetorialidade como estratégia para alcançar maior efetividade das políticas sociais, se concebidas e praticadas a partir de uma concepção ampliada, dotaria esse sistema de maior capacidade para considerar as múltiplas determinações do processo saúde/doença. E, para viabilizar a articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, isso requer não apenas articulação dos diversos níveis de atenção, mas também de ações e articulações intersetoriais.

Na interpretação de Noronha; Lima; e Machado (2004, p. 14),

a Lei nº. 8.080 de 1990, em seu art. 5, define como objetivos do SUS três grandes eixos de atuação: I - Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - Formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação; III - Assistência às pessoas por intermédio das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Porém, o que se observa no cotidiano do SUS, é que os determinantes e condicionantes da saúde e as ações assistenciais e atividades preventivas têm sido praticamente ignoradas ou negligenciadas, e a integralidade tem sido tratada de forma reduzida ao acesso e à articulação entre os níveis de complexidade do SUS. Praticamente ignorando, ou incorporando marginalmente, a formulação e a ação articulada com outras políticas públicas. Esta situação para ser superada requer ampla capacidade de articulação intersetorial.

Em recente documento, o CEBES (2009, p. 186-188) enfatiza que “o SUS é um projeto nacional, solidário, justo e, acima de tudo, possível”. E, conclama usuários, gestores e trabalhadores a se indignarem contra alguns graves problemas, considerados inaceitáveis que permanecem após 20 anos de luta pela construção do SUS, dentre outros, considera inaceitável que:

- a) As políticas sociais sejam hoje, e cada vez mais, fragmentadas e setorializadas. É urgente o estabelecimento de políticas que integrem as distintas áreas sociais, para se garantirem os direitos instituídos no título VIII da Constituição;
- b) Não se efetive a concepção de Seguridade Social prevista na Constituição de 1988, condição imprescindível para a coesão social. E, que essa efetivação passa, hoje, pela convocação e realização da Conferência Nacional de Seguridade Social;
- c) O país ainda carece de uma política saudável para o meio ambiente, que afaste os riscos do cultivo de transgênicos, do abuso de agrotóxicos, da poluição dos mananciais, do desflorestamento, e também de uma política que assegure condições saudáveis de trabalho no campo e nas indústrias. (CEBES, 2009, p.188).

Portanto, é nesse contexto operacional e técnico-político de reducionismo e fragmentação do acesso a bens e serviços sociais básicos, e da atenção à saúde, especialmente de alheamento ao debate acerca das ações e práticas de caráter intersetorial, que aos assistentes sociais vem sendo demandado que realizem

atividades e ações que se vinculam à inerente necessidade de articulação intersetorial.

A rigor, no contexto de desenvolvimento do SUS, as dificuldades de absorver as reais necessidades dos usuários, sobretudo as que se relacionam às péssimas condições de vida da população, agravadas com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, terminam demandando a institucionalização de ações e ocupações voltadas para atender tais problemas, que, se não forem imediatamente enfrentados resultam em mortes, sequelas, iniquidades e denúncias que afetam a imagem e o reconhecimento do SUS. Tais necessidades, em geral, constituem demandas ao serviço social no cotidiano do SUS, na maioria das vezes requerendo mediações de natureza intersetorial.

Não é por acaso que o conjunto das ações e atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais, transita desde a realização de atendimentos individuais de caráter emergencial, até a participação na elaboração de diagnósticos sobre as condições de vida e trabalho dos usuários. Ainda articula ações que envolvam processos de engajamento e mobilização da família, da comunidade, de outras instâncias e unidades de serviços integrantes do SUS e de outras políticas setoriais, com vistas à remoção dos obstáculos ao processo de trabalho em saúde e a efetivação do direito à saúde. (Cf. COSTA, M., 1998).

Assim, para realizar um atendimento, por mais simples que possa parecer, o assistente social necessita conhecer o funcionamento da instituição e/ou a unidade em que trabalha, a lógica de funcionamento do sistema de saúde (leia-se rede), a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras políticas sociais e das instituições públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população e que extrapolam a capacidade de atendimento exclusivo das instituições de saúde. (Cf.; COSTA, M., 1998).

Esse tipo de mediação, cada vez mais primordial ao exercício profissional do assistente social no cotidiano do SUS, leva à indagação sobre o conteúdo, a forma e o nível de sistematização desse trabalho voltado para a articulação intersetorial realizado pelos assistentes sociais, enquanto partícipes do processo coletivo de trabalho em saúde.

Não há dúvidas de que ao atuar como um elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, a objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, também cumpre o papel particular de buscar restabelecer o elo “perdido”, “quebrado” pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais<sup>75</sup> e/ou setoriais. (COSTA, M., 1998).

Conforme explicitado nos parâmetros para atuação de assistentes sociais na política pública de saúde (CEFESS, 2010), a contribuição do profissional de Serviço Social na gestão e no planejamento busca a intersetorialidade, na perspectiva de conceber a saúde no âmbito da seguridade.

Essa compreensão retificou a necessidade e o desafio de identificar e analisar até que ponto:

- a) Os assistentes sociais problematizam as demandas de caráter intersetorial e as transformam em objeto de atuação;
- b) O trabalho de articulação intersetorial, realizado pelo Serviço Social, avança em direção ao conceito ampliado de saúde e de superação da fragmentação das ações, contribuindo para a conformação de práticas moldadas pela intersetorialidade.

Partiu-se do pressuposto de que, ao qualificar as principais mediações de caráter intersetorial realizadas pelos assistentes sociais, se possibilita ao Serviço Social apreender os principais pontos de estrangulamento do SUS, das demais políticas sociais públicas, do próprio sistema de seguridade social brasileiro, e ainda da própria direção social de sua ação. Portanto, é absolutamente relevante apreendê-las, analisá-las e sistematizá-las. É nesse sentido que se inscreve o objeto de preocupações do presente estudo, o qual será especificamente abordado no próximo capítulo.

---

<sup>75</sup> Distinguímos políticas sociais de políticas setoriais, ao compartilharmos da compreensão de que a política de assistência social é uma política pública que não se caracteriza como setorial, quando pela sua natureza permeia, em certa medida suprimindo suas lacunas, várias políticas setoriais tais como: saúde, previdência, educação, cultura, esporte, lazer etc., razão pela qual, diferentemente da saúde, necessita ser genérica na atenção e específica na clientela. (COSTA, M., 1998).

### 3 O TRABALHO DE ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL DESENVOLVIDO PELOS ASSISTENTES SOCIAIS NO COTIDIANO DO SUS

Inicialmente, vale ressaltar que se optou por delimitar como universo de pesquisa as unidades e serviços de saúde da rede pública localizada no município de Natal-RN, com maior concentração de assistenciais sociais. Ao proceder-se a estruturação e composição dos grupos focais<sup>76</sup>, detectou-se que entre 1998 e 2008 ocorreu um processo de concentração dos assistentes sociais nas unidades de urgência e emergência, tais como: hospitais, prontos socorros e maternidades.

Note-se que esse processo acompanha a lógica dos serviços que, nesse mesmo período, também se concentra nas urgências e emergências. A rigor, a partir de meados dos anos 1995 a 2003, face à racionalização dos serviços com ênfase na contenção dos gastos, verificou-se dois movimentos: o primeiro de expansão do Programa Saúde da Família (PSF), estruturado com base em uma equipe mínima<sup>77</sup>; o segundo sob o argumento da garantia da universalidade, independente do *locus* de sua produção, se na rede própria (serviço público) ou na rede complementar, serviços privados ou filantrópicos conveniados, tercerizados ou através de cessão.

Concomitante a esse processo, verifica-se uma grande ampliação da atenção em urgência e emergência<sup>78</sup>, concentrando a atenção e a força de trabalho

---

<sup>76</sup> Conforme explicitado na introdução desta pesquisa, foram estruturados 05 grupo focais nos quais participaram assistentes sociais integrantes da equipe de Serviço Social das seguintes unidades e unidades e serviços integrantes: a) do complexo de saúde da UFRN (HUOL, MEJEC e o HOSPED); b) da rede SESAP-RN ( HMWG- Urgência e Emergência em trauma-ortopedia, HJM -psiquiátrico), HPB) e o HMAF; c) do PID (HMWG; HPB e do HGT), que constituiu o Grupo Focal -3; d) da rede da SMS/Natal: Pronto-Socorro das Rocas (oficialmente registrado como Hospital dos Pescadores), Maternidade das Quintas, Unidade Mista da Cidade da Esperança e Maternidade Lady Moraes; Centro de Atenção à Saúde do Idoso (CEASI); Ambulatório de Prevenção e Tratamento de Tabagismo, Alcoolismo e outras Drogas (APTAD); Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-AD Leste).

<sup>77</sup> Considere-se que em Natal, a implantação do PSF operou desmonte na maioria das UBSs, que trabalhavam com equipe multiprofissional, adscrição de clientela e gestão participativa, não incorporando assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos nas equipes de saúde da família, de modo que na atualidade os assistentes sociais encontram-se massivamente lotados nas unidades de pronto atendimento, maternidades e hospitais, ambientes cujas ações se voltam para a recuperação da saúde e ações emergenciais-individuais. Atualmente pouquíssimas UBSs e USFs contam com uma assistente social na composição de sua equipe de saúde.

<sup>78</sup> A concentração nos hospitais, maternidades, prontos-socorros e pronto-atendimento e PID, que funcionam no espaço hospitalar, é tão grande, que soma 93% dos assistentes sociais que atuam na rede pública de saúde, 5% em ambulatórios especializados e apenas 2% em unidades básicas ou

nos hospitais e prontos-socorros. De fato, conformou-se um processo bipolar de montagem da rede: hospitalar x atenção básica, com uma particularidade, enquanto as unidades básicas sofreram um enxugamento da equipe aumentando os níveis de polivalência<sup>79</sup> e a simplificação da atenção.

Na realidade vem sendo posta em operação uma reengenharia que combina redução da equipe, precarização das relações de trabalho e intensificação do trabalho em saúde.

Na rede básica de saúde, essa lógica tem sido decisiva para a redução das equipes multiprofissionais com a implantação do PSF cujas equipes ficaram restritas a médicos, enfermeiros e dentistas. Foram remanejados vários profissionais para unidades de pronto atendimento, pronto-socorro, maternidades e hospitais, dentre os quais assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas. Em tais unidades o trabalho é realizado em regime de plantão<sup>80</sup> e concentrado em atendimentos de urgência, embora conforme relataram os assistentes sociais, a maioria das demandas constituem-se de necessidades de saúde que deveriam ser atendidas preferencialmente na rede básica, focadas na prevenção e promoção da saúde e nas condições crônicas, mas encontram na urgência a única porta realmente aberta, ainda que com muitas dificuldades e precariedades.

Nesse contexto, entre 1998 e 2008, na realidade de Natal-RN, embora tenha ocorrido um progressivo aumento do número de equipes de saúde da família,

---

USF. Na presente pesquisa, não foi possível formar um grupo focal com assistentes sociais atualmente lotados em unidades básicas.

<sup>79</sup> Em Natal a rede básica era estruturada através de Centros de Saúde, tipo 3, ou seja, três consultórios, um laboratório e equipe multiprofissional, com assistentes sociais, bioquímico/farmacêutico, psicólogo, nutricionista e médicos (ginecologista, pediatra e clínico geral), além da equipe de apoio. A implantação do PSF significou que os médicos passaram a atuar como clínico geral, atendendo as demandas de pediatria e ginecologia. Os laboratórios foram fechados e o atendimento transferido para unidades de âmbito distrital ou municipal. A equipe técnica foi drasticamente reduzida com a exclusão de vários profissionais (assistentes sociais, bioquímicos/farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas), a equipe de apoio e administrativa também foi reduzida, em vez de administrador e diretor, cada Unidade de Saúde da Família (USF) só pode dispor de um dos dois, ou seja, um faz o serviço de dois. Nas USFs houve redução do pessoal de apoio a serviços, como arquivo e farmácia, de modo que é comum encontrar-se técnicos de enfermagem e diretores ou administradores cobrindo esses serviços.

<sup>80</sup> Em geral, além da carga horária contratada ser dada em regime de plantão, face aos baixos salários, os profissionais travam uma acirrada e alienada disputa por plantões, especialmente os plantões eventuais. Na divisão de Serviço Social, essas disputas se traduzem inclusive na decisão das equipes de não aceitar a incorporação de novos profissionais ao setor para não aumentar os conflitos na distribuição e (re)divisão dos plantões. Assim, reiteram a lógica da intensificação do ritmo de trabalho, desencadeada na década de 1990 com a estagnação da contratação através de concursos públicos.

não representou fortalecimento da atenção básica. Segundo as assistentes sociais participantes dos grupos focais, a maioria das demandas aos Hospitais e Prontos-Socorros de Natal são necessidades de saúde que deveriam ter sido atendidas na rede básica. Vários levantamentos realizados pela SESAP-RN<sup>81</sup> e o Ministério Público do RN<sup>82</sup>, bem como o estudo realizado por Amaro(2008), reiteram essa avaliação apresentada por tais assistentes sociais.

Tal situação tem representado inúmeras pressões sobre a rede de urgência e emergência localizada em Natal-RN, a qual tem sido objeto de denúncias, intervenções do Ministério Público, greves e consequentes respostas da gestão da SESAP/RN, que entre 2007 e 2009, vem redimensionando a rede hospitalar de forma que houve um aumento e diversificação da equipe de saúde, ampliando a inserção de assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, bem como incorporando novas especialidades, como, por exemplo: musicoterapeuta e ginástica laboral. Essa ampliação da equipe de saúde nos hospitais da SESAP/RN, ocorreu no mesmo período de implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) e a criação de vários mecanismos de regulação do acesso, dentre os quais destacam-se a Central de Regulação (consultas, exames e leitos) e a Unidade de Gerenciamento de Vagas (UGV).

Tais políticas têm desencadeado mudanças na organização dos serviços que compreendem ações voltadas para classificar riscos, triar e racionalizar a oferta dos serviços redirecionando as demandas por assistência médica, que não são da competência dos hospitais, para as unidades e serviços qualificados como responsáveis pela atenção. Nesse processo, também permeado pelos debates acerca da clínica ampliada, além de acolher as demandas por assistência médica, tem se ampliado a compreensão acerca da necessidade de se trabalhar demandas de natureza intersetorial, as quais têm sido claramente atribuídas ao Serviço Social.

Assim, os questionamentos aqui levantados, acerca do trabalho de articulação intersetorial realizado pelos assistentes sociais, levarão em consideração as particularidades da organização do trabalho no atual contexto do SUS e as condições de trabalho e salário às quais estão submetidos os profissionais de saúde

---

<sup>81</sup> Realizados entre 2006 e 2008 nos hospitais de sua rede localizados em Natal-RN, principalmente no Pronto-Socorro Clóvis Sarinho e no Pronto Socorro do Hospital de Pediatria Maria Alice Fernandes.

<sup>82</sup> Realizado pela Promotoria da Saúde de Natal-RN na rede básica da SMS-Natal em 2006 e 2007.

e os assistentes sociais enquanto participantes do trabalho coletivo em saúde na condição de trabalhadores assalariados.

O desafio de identificar e refletir acerca das demandas colocadas ao Serviço Social e as respectivas respostas dadas pelos assistentes sociais, no campo da intersetorialidade, exigiram mapear e descrever as atividades realizadas, classificando o conteúdo das ações.

Nesse item específico, do ponto de vista metodológico, o conjunto dos questionamentos apresentados neste trabalho, incluindo as questões discutidas nos grupos focais (ver Apêndice A), estão expostas contemplando simultaneamente dados da pesquisa bibliográfica e documental, conjuntamente sistematizadas nos seguintes tópicos:

- ⇒ Necessidades de saúde e demandas de caráter intersetorial colocadas ao Serviço Social no cotidiano do SUS em Natal/RN;
- ⇒ Significado das atividades de natureza intersetorial realizadas pelos assistentes sociais, enfatizando tais articulações como estratégias em prol da ampliação do acesso aos direitos humanos e sociais no cotidiano do SUS.

Portanto, partiu-se da premissa de que, “o reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional<sup>83</sup>, demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. E, que a intervenção orientada para esta perspectiva, teórico-política, pressupõe: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação e análise das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores, em defesa de seus direitos, formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias, políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos”, conforme explicita os parâmetros para de atuação de assistentes sociais na política pública de saúde (CEFESS, 2010).

---

<sup>83</sup> Nos termos definidos pelas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996).

### 3.1 NECESSIDADES DE SAÚDE E DEMANDAS DE CARÁTER INTERSETORIAL COLOCADAS AO SERVIÇO SOCIAL NO COTIDIANO DO SUS EM NATAL

Partiu-se do entendimento de que, no cotidiano do SUS, a intrínseca relação entre saúde e condições de vida se traduz em diversas necessidades de saúde que, enquanto expressões das múltiplas manifestações da questão social, se transformam em problemáticas que interferem na eficácia da política de saúde, constituindo limitações e impedimentos de ordem socioeconômica, cultural e institucional ao pleno desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, especialmente no que se refere às ações necessárias à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e à recuperação da saúde.

Ademais, em grande parte, tais problemáticas, envolvem necessidades em saúde que se vinculam à precária qualidade de vida<sup>84</sup> a que está submetida a maioria da população usuária do SUS, que não depende exclusivamente da competência dos serviços de saúde, requerendo articulações de natureza intersectorial, as quais, dadas as condições históricas e estruturais da organização dos serviços de saúde no Brasil, no contexto do SUS, geralmente se transformam em demandas ao Serviço Social.

No dia-a-dia, essas demandas aparecem como urgências sociais que em geral, perpassam e transcendem as urgências médicas. Requerem ser decodificadas, problematizadas. No dizer de Cecílio (2001, p. 116)),

nesse encontro do usuário com a equipe, ha necessidade de prevaelcer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou “travestidas” em alguma(s) demanda(s) específica(s). Poderíamos trabalhar com a seguinte imagem: quando alguém procura, um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde” e caberia à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Toda ênfase da gestão, organização e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e **atender necessidades de saúde**, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente.

---

<sup>84</sup> Relaciona-se às políticas capazes de eliminar a pobreza, ao reconhecimento dos direitos econômicos e sociais da população, à justiça social e suporte ambiental – Enfrentamento das iniquidades sociais.

A rigor, segundo Cecílio (2001, p.116),

a demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades complexas do usuário. Na verdade, demanda em boa medida são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras.

As necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida, ou mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Está tudo ali, na “cestinha de necessidades”, precisando ser de alguma forma, escutado e traduzido pela equipe.

Assim, pode-se inferir que mais que escutadas, as demandas precisam ser problematizadas no sentido de captar/apreender as reais necessidades a que se vinculam. Tal problematização é que possibilita ir além das demandas e transformá-las em objetos da ação profissional na perspectiva de buscar respostas voltadas para responder as reais necessidades dos usuários do SUS, enquanto sujeitos coletivos e enquanto indivíduos sociais.

Para tanto, conforme Cecílio (2001, p. 114), é necessário considerar que “as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas / construídas, mas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual”. Por isso, para apreendê-las é preciso considerar e exprimir a dialética do individual e do social.

No dizer de Heller (1982), trata-se de conceber o indivíduo social como produto histórico. Na acepção formulada por Marx (1974), são indivíduos socialmente determinados que vivem em uma forma específica de sociabilidade que produzem um tipo histórico de individualidade social. Na contemporaneidade, trata-se do indivíduo social em tempos de capital fetiche conforme bem coloca Iamamoto (2008).

A rigor, significa buscar compreender que a forma de produtividade humana, que se afirma na sociedade burguesa, expressa uma forma histórica particular tanto de desenvolvimento humano universal, quanto de alienação dos indivíduos sociais, constituindo uma forma específica de produção da vida humana, de sociabilidade forjada pela temporalidade do capital. (IAMAMOTO, 2008, p.156).

De acordo com lamamoto (2008, p.358)), a *forma histórica de produtividade humana peculiar à ordem capitalista* implica um tipo especial de nexos social entre os **indivíduos**, e, portanto, de **individualidade social**. Para elucidá-la, Marx utiliza-se do recurso comparado<sup>85</sup>, que permite dar relevo ao **caráter particular dessa forma de individualidade**: a independência pessoal fundada na dependência entre as coisas, que permite tanto a universalização das relações, necessidades e capacidades humanas, quanto bloqueia sua apropriação como patrimônio comum. Recorre ao confronto com outras formas históricas de individualidade, tanto aquelas que tiveram vigência no passado -moldadas por laços de dependência natural e pessoal - como as que se prefiguram no movimento de vir a ser do presente: o processo de constituição da livre individualidade social<sup>86</sup>. O objetivo é, pois, salientar **a qualidade histórica específica da conexão social que se estabelece, no ordenamento capitalista, entre indivíduos sociais, tecendo as condições e relações sociais nas quais se conformam os indivíduos concretos**.

Além disso, considere-se que os serviços sociais, inclusive os de saúde, ainda que produzidos coletivamente, são consumidos individualmente. E, em geral, os níveis de saúde de uma coletividade são socialmente produzidos.

Nesses termos corrobora-se a concepção de que no Brasil, como nos demais países capitalistas, o modo de viver, adoecer e morrer vincula-se diretamente às relações sociais de produção e reprodução social determinadas por esse modo de produção<sup>87</sup>.

Portanto, “a maneira como se vive se ‘traduz’ em diferentes necessidades de saúde”. (CECILIO, 2001, p.116). Em outros termos, os determinantes sociais da saúde relacionam-se à inserção na produção e a outros aspectos relacionados às condições de vida, tais como condições de moradia, acesso a saneamento, educação, hábitos e costumes que conformam o estilo de vida. Mas também ao lazer, à democracia, à liberdade e à autonomia dos sujeitos, conforme explicita o Relatório da 8ª CNS.

---

<sup>85</sup> Sobre essa questão conferir citação de nº 212 em lamamoto (2008, p. 357).

<sup>86</sup> Sobre essa questão conferir citação 213 em lamamoto(2008, p. 358).

<sup>87</sup> Especialmente as formulações de LAUREL, 1995.; BUSS, 2006; AROUCA, 1987, 1986, 2006.; CARVALHO; IAMAMOTO, 1992; 2008.

A presente pesquisa revela que, muitas vezes, em um mesmo caso atendido, as demandas apresentadas pelos usuários, de forma simultânea e concomitante, envolvem uma diversidade de determinantes sociais, em geral relacionados ao absoluto desrespeito aos direitos humanos básicos, como acesso a alimentos, habitação, transporte, informação e educação, dentre outros.

Por unanimidade, as assistentes sociais que participaram das discussões realizadas durante as sessões dos grupos focais relataram, afirmaram e reafirmaram:

“ Muitas vezes os usuários chegam aos serviços de saúde em estado de calamidade [...], não têm para onde ir, não têm documentação, etc.. nessas situações, são imediatamente encaminhados ao Serviço Social. A maioria já são velhos conhecidos, esses, já vêm direto ao Serviço Social. [...]” Outros vão visitar a unidade, como se fosse um passeio, quase sempre com um semblante de solidão e sofrimento e de inúmeras necessidades, de alimentos, roupas, afeto, carinho, cuidado...[..].

“A precariedade de suas condições de vida é tão grande que muitos pioram quando são informados de que estão com previsão de alta”.

“ Há muitos casos em que o usuário vem para o hospital alegando dores, mal estar, são medicados, liberados e vão ficando por ali, muitos passam noites e dias perambulando na recepção e entorno dos hospitais; quando vamos fazer a escuta descobrimos que não têm para onde ir, não têm alimentação ou quando têm residência fixa, não querem retornar ao domicílio em função de conflitos familiares, em geral provocados por desemprego, consumo de álcool e outras drogas.” [...].

“ É muito comum, usuários de drogas procurarem os serviços de urgência aparentando crise de nervos, em busca de psicotrópicos, implorando por uma dose de diazepam e uma refeição.”

“Há! também é muito comum mulheres chegarem ao pronto-socorro com crise de nervos, após brigas com o marido, agressões físicas e/ou psicológicas praticadas pelos mesmos, ou em função de conflito com filhos, maridos/companheiros usuários de álcool e outras drogas.”[....].

Esses depoimentos foram selecionados em função de sua semelhança e frequência manifestadas em todas as sessões realizadas.

Nessas e em muitas outras situações, “sempre que determinado problema requer articulação intersetorial, são imediatamente encaminhados ao Serviço Social, isto é, o Serviço Social é acionado, tanto pelos profissionais de saúde e usuários, quanto pelos gestores do SUS” (esse relato apareceu em todas as sessões dos grupos focais).

Mais que inúmeros relatos, a dinâmica adotada nos grupos focais, a cada pergunta que conformava um bloco de discussão, procedia-se a um fechamento

sintetizando as posições apresentadas e solicitava-se a confirmação: é isso mesmo que o grupo quis expressar?

Nesse sentido, uma das questões que ficou bem nítida foi o fato de que a maioria das ações e atividades voltadas para a articulação intersectorial entre o SUS e as demais políticas sociais vem sendo realizadas por assistentes sociais, a ponto de cada vez mais serem identificadas como um trabalho desse profissional, inclusive “constituindo uma das principais particularidades do trabalho do assistente social no interior do processo coletivo de trabalho em saúde”. (COSTA, 1998).

Vejamos alguns depoimentos selecionados dentre os que apareceram em todos os grupos focais nesse mesmo sentido:

“No pronto-socorro, muitas vezes diante de casos de violência doméstica, contra mulheres, crianças e/ou idosos, ao avaliarem que precisa acionar órgãos de proteção e defesa de direitos, geralmente médicos e enfermeiros procuram o Serviço Social para fazer os contatos e tomar as providências cabíveis. Voltando a se envolver com a questão somente quando o Serviço Social solicita atestados, laudos e pareceres”.

“Nos casos de violências, quando o usuário é morador de rua ou em razão de conflitos familiares não têm para onde ir, quando não têm os documentos exigidos para realizar exames e cirurgias; quando chegam ao hospital sem identificação e precisa acionar familiares e/ou meios de comunicação (anunciar em rádio e/ou em TV), ou junto às delegacias, os profissionais de saúde, encaminham o caso para o Serviço Social.

“Tudo que diz respeito a fazer contatos e articulações fora da unidade, seja em outro serviço do SUS ou externo, junto a outras instituições e a familiares, é logo encaminhado ao Serviço Social”.

Face a essa realidade, indaga-se como os demais profissionais interpretam essas situações, ou seja o que dizem aos assistentes sociais quando chegam à sala do Serviço Social, ou muitas vezes quando se encontram nos corredores das unidades. Segundo tais assistente sociais, a reação mais comum da maioria dos profissionais de saúde, tem sido se compadecer, mas, em geral, seja nas entrelinhas e/ou verbalizando textualmente: “isso não é caso para ser atendido aqui....”.

Esses depoimentos nos fizeram refletir sobre a afirmação de Cecílio (2001), de que o conjunto das necessidades sociais e de saúde que geralmente compõem a cesta de necessidades de saúde dos usuários indicam que são indispensáveis novos fluxos e novas possibilidades de captação de “clientes” nas várias portas. Assim, no mínimo, muitas vezes, a referência que o usuário necessita é mais que um atendimento ambulatorial regular e vinculante, que dê conta de suas

necessidades atuais. Por isso é fundamental pensar o sistema de saúde menos como “pirâmide” de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede de múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção apreender as necessidades individuais são importantes.

Acrescenta-se que também devem apresentar multiplas saídas, no sentido de no mínimo atender **necessidades necessárias**<sup>88</sup> avançando no sentido de responder às reais necessidades individuais e coletivas, haja vista que, muitas vezes, os usuários entram (acessam algum serviço) e permanecem com requisições e encaminhamentos que não são garantidos pelo sistema de seguridade. Isto se refere tanto a um exame, um medicamento, como acesso a alimentos, habitação social, etc.

As discussões realizadas nos grupos focais e o exame de documentos e instrumentos de registro das atividades realizadas por assistentes sociais, nos serviços públicos de saúde em Natal-RN, revelam que as principais demandas que, com frequência, chegam ao Serviço Social, requerendo articulação intersetorial, podem ser assim agrupadas:

- I) Demandas no campo da Assistência Social;
- II) Demandas no campo do Trabalho, Previdência Social e Seguro Social;
- III) Demandas no campo Sociojurídico e Defesa Social.

Considere-se que, na maioria das situações concretas, vivenciadas pelos assistentes sociais no cotidiano do SUS, a atenção a um mesmo usuário envolve várias demandas que simultaneamente requerem diversas providências e respostas, que por sua vez, envolvem articulações com inúmeros órgãos, instituições e entidades sociais. Mas, para efeito de exposição, as mais comuns e/ou principais demandas identificadas serão explicitadas por campos de prestação de serviços, conforme destaca-se a seguir.

#### I - Demandas no campo da **assistência social**

Em geral, relacionam-se a necessidades básicas, tais como: habitação, alimentação, locomoção, documentação, trabalho e renda; e a necessidades

---

<sup>88</sup> No sentido formulado por Heller(1986).

especiais, tais como: cadeira de rodas, cadeira de banho, colchão d'água, etc. Geralmente tais demandas requerem articulações com serviços socioassistenciais, especialmente a rede integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Envolve as seguintes articulações intersetoriais:

a) **HABITAÇÃO SOCIAL**: geralmente envolve necessidades de:

- ⇒ Casa-abrigo (permanente);
- ⇒ Albergue / casas de apoio (temporário);
- ⇒ Melhoria habitacional e sanitária (barracos, casa de taipa, cômodos insuficientes para o número de pessoas, etc..).

Geralmente a absoluta falta de local adequado para morar constitui demanda apresentada por usuários do SUS, principalmente no momento da alta hospitalar, ou após atendimentos de urgência em pronto-socorro, pronto atendimento e em maternidades; na maioria das vezes trata-se de:

- ⇒ Idosos, vítimas de maus-tratos, abandono, rejeição familiar e/ou que perderam os vínculos com a família;
- ⇒ Mulheres e crianças vítimas de violência doméstica, espancamentos e/ou abuso sexual;
- ⇒ Crianças e adolescentes, abandonadas ou usuários de álcool e outras drogas;
- ⇒ Moradores de rua, praças, debaixo de pontes, viadutos, etc. Os moradores de rua geralmente têm uma história envolvendo uso abusivo de álcool e outras drogas, perda de vínculos, doenças mentais, tuberculoses. No caso de mulheres moradora de rua, acrescenta-se o aumento dos riscos na gravidez, a fome e as condições desumanas em que sobrevivem;
- ⇒ Pessoas com transtornos mentais crônicos que perderam os vínculos familiares e/ou foram abandonados.

Nas discussões realizadas nos grupos focais, ficou evidente que as precárias condições de moradia e/ou absoluta falta de acesso à habitação digna, consistem nos maiores problemas identificados no dia-a-dia dos serviços de saúde, mas é no momento da alta hospitalar que a questão se coloca de forma mais contundente para a equipe de saúde.

“A questão da moradia com certeza é um dos maiores problemas na hora da alta... quer dizer... já é um problema antigo na vida do paciente... mas na hora da alta, ficamos em desespero... sempre tem alguém muito grave precisando do leito e o cidadão que já está de alta hospitalar, certamente estaria melhor no aconchego do lar, mas não tem onde morar, ou sua casa é tão precária que prefere não voltar para lá.”

“No caso dos moradores de rua, a questão que se coloca é a seguinte: eles vêm da rua, mas a gente ou seja a instituição não pode simplesmente devolver para a rua, precisamos assegurar que ele retorne para um ambiente que possibilite se recuperar, caso contrário ele volta para a porta do hospital, com um estado ainda mais grave...”

“Temos vários casos em que mesmo de alta clínica, por não ter para onde ir a pessoa fica internada no hospital, por mais duas semanas, um mês, até mesmo três meses, até conseguirmos dar a chamada alta social, ou seja encontrar um domicílio adequado.”

No momento da alta, usuário e/ou familiares reiteram<sup>89</sup> que não têm moradia adequada para, na condição de enfermos em processo de recuperação, poder retornar<sup>90</sup> ao local em que “residem”. Há casos em que o usuário permanece no hospital, em média três meses, pós-alta hospitalar (clínica) por não dispor de habitação adequada.

Uma das assistentes sociais participantes do grupo focal, ao relatar situações com essa, disse em tom emocionado:

Só o SUS, como política pública pode assim proceder, em nome da cidadania! O setor privado, os planos de saúde e os hospitais conveniados com o SUS, jamais ficariam com um paciente internado três meses por razões socioeconômicas! Viva o SUS! A saúde tem que ser um serviço público estatal de qualidade!

Essa situação indica que o direito básico à habitação, assegurado na Emenda Constitucional 26, não está sendo minimamente respeitado e garantido.

---

<sup>89</sup> Reiteram situação muitas vezes relatada, conhecida e descrita no prontuário familiar ao longo de sua história de acesso aos serviços de saúde.

<sup>90</sup> Em geral, são moradores de rua, idosos e crianças abandonadas no hospital, ou com história de maus-tratos, vítimas de violência doméstica. Entre as mulheres, destaca-se a violência de gênero.

As diversas falas nos grupos focais, mas também o volume de anotações existentes nos livros de ocorrências, possibilitam sintetizar essa questão e afirmar que:

- ⇒ Geralmente a família e/ou o acompanhante/cuidador procura o serviço social relatando que não tem condições de levar o “paciente”, em função das precárias condições de vida, pois a insalubridade da habitação constitui um dos principais problemas;
- ⇒ Nos casos de moradores de rua, o serviço social detecta logo no momento do internamento, que geralmente é feito por populares ou pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU) a partir de chamadas realizadas por populares ou pela polícia, bem como durante o internamento, observando a completa ausência de parentes nos horários de visita;
- ⇒ Entretanto, há muitas situações em que o paciente tem um endereço informado, mas as precárias condições de moradia, tanto do usuário, quanto de sua família, somam-se a outras precariedades e dificuldades, envolvendo falta de acesso a alimentos, conflitos familiares, etc., inviabilizando o retorno ao domicílio.



*subba-kun.deviantart.com*

Ilustração 1: Criança encaminhada para Casa-abrigo.

Eis o que revela os seguintes depoimentos:

“Em geral na hora do internamento pacientes e acompanhantes dão endereços que muitas vezes não corresponde ao do usuário internado, é que o setor de admissão exige uma resposta rápida quanto ao endereço... aí o acompanhante, que muitas vezes não mora no mesmo domicílio, fornece o seu endereço e/ou de outro parente ou conhecido. Assim, caso a

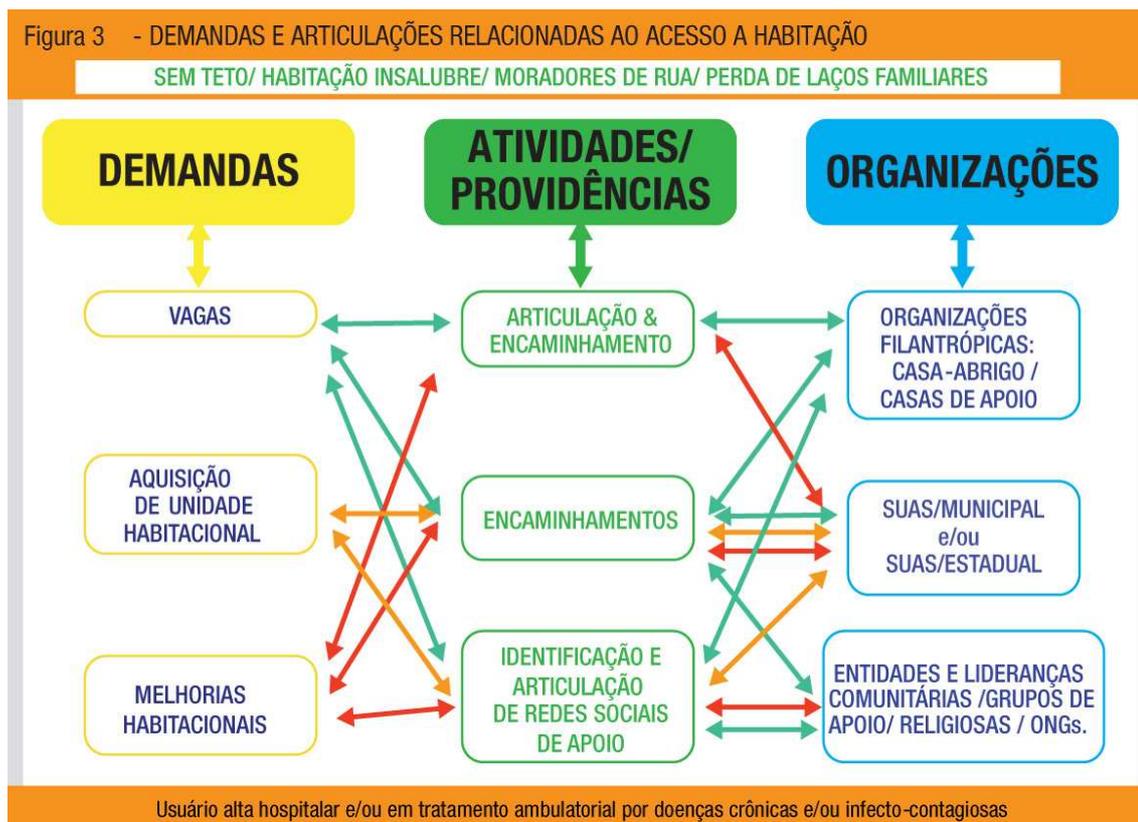
equipe de saúde, inclusive nós mesmos (assistentes sociais) não tenhamos feito uma escuta mais qualificada, só quando chega a fase de previsão de alta ou mesmo no próprio momento da alta, passamos a buscar alternativas para desocupar o leito e assegurar um local adequado para o usuário se recuperar pós-alta hospitalar. Quando identificamos dificuldade na fase pré-alta já conversamos com o médico e negociamos o adiamento até que consigamos um lugar para o usuário.”

“Quando a equipe da unidade, incluindo porteiros, maqueiros e a equipe do SAMU, atendem um morador de rua, muitas vezes, avisam logo ao Serviço Social”....[...] Quando detectamos tratar-se de moradores de rua imediatamente, começamos a fazer articulações com as instituições.... no caso dos adultos, entre 19 e 59 anos, que é a maioria da população habitante das ruas, já sabemos de ante-mão que é mais difícil encontrar casa-abrigo, albergue e outras soluções de acesso mais imediato... [...] Essas demandas consomem grande parte do nosso tempo...[...].”

Vejam, no seguinte quadro, um resumo das principais demandas e atividades realizadas pelos assistentes sociais relacionadas a acesso à habitação:

<b>Quadro 1 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS A ACESSO Á HABITAÇÃO</b>			
<b>DEMANDAS</b>	<b>ATIVIDADES/ PROVIDÊNCIAS</b>	<b>ÓRGÃOS / INSTITUIÇÕES ACIONADOS</b>	<b>NECESSIDADE DE SAÚDE A QUE SE VINCULA</b>
<p>1)VAGAS: em casa-abrigo / albergues /casa de apoio / casa de passagem;</p> <p>2) AQUISIÇÃO DE UNIDADE HABITACIONAL: inclusão e programas habitacionais</p> <p><u>Situação:</u> 1: Lugar para morar (não tem casa, mora na rua, eventualmente consegue dormir, se alimentar na casa de algum conhecido. ▶Nos casos em que têm casa, vivenciam conflitos de forma que não podem retornar ao domicílio, muitas vezes são vítimas de maus-tratos (violência doméstica/gênero ou usuários de álcool e outras drogas).</p> <p>3) MELHORIA / REFORMA HABITACIONAL <u>Situação</u> 2: Tem habitação, mas em condições muito precárias / inadequada (insalubre, ambientes desprovidos de circulação de ar, com goteiras, sem sanitário, etc.</p>	<p>1)Encaminhamentos e/ou articulação com vistas a conseguir VAGAS em: ▶Casa-abrigo / Albergue casa de apoio / casa de passagem....</p> <p>2)Encaminhamentos por escrito e contatos telefônicos com vistas à inclusão em: cadastros/ programas de habitação de interesse social (acesso a unidades habitacionais (minha casa, minha vida) e a melhorias habitacionais (cheque reforma);</p> <p>3) Identificação, mobilização, articulação de REDES DE APOIO SOCIAL- contatos, sensibilização de familiares/parentes/ amigos/lideranças comunitárias/ políticos, autoridades/ONGs, Empresas, etc.</p>	<p>1) Organizações filantrópicas mantenedoras de casa-abrigo / casas de apoio em geral realizados junto a: ▶organizações filantrópicas; ▶Associações comunitárias e religiosas.</p> <p>2) Secretarias Municipais de Assistência Social;</p> <p>3) Secretaria Estadual de Assistência Social;</p> <p>4) Conselhos Comunitários; Grupos de apoio; Comunidades Religiosas - católicas e espíritas; ONGS, etc.</p>	<p>Geralmente trata-se de usuários com alta hospitalar ou em tratamento ambulatorial se recuperando de doenças crônicas e/ou infectocontagiosas geralmente relacionadas às precárias condições de vida e a perdas de vínculos familiares:</p> <p>▶ tuberculose, doenças mentais; diabetes, hipertensos, alcoolistas, etc.. ▶ Vítimas de violências domésticas contra idosos, crianças e mulheres;</p> <p>▶ Vítimas de abandono/rejeição familiar, moradores de rua ou vítimas de violência doméstica.</p>

Observe que o fluxo explicitado através das setas, de acordo com a cor, estabelecendo a relação entre demanda, atividades/providências e organizações para onde são encaminhadas, demonstram que uma mesma demanda pode comportar várias respostas, as quais dependem das condições de funcionamento dos serviços (capacidade de oferta/disponibilidade de recursos), no momento e das condições da família e rede de contato do usuário.



Não há dúvidas de que as péssimas condições de moradia concorrem decisivamente para o processo de adoecimento, mas só adquirem visibilidade concreta nos serviços de saúde quando se transformam em explícitos e notórios obstáculos: à agilidade/efetivação da alta hospitalar; ao sucesso / eficácia de tratamentos ambulatoriais; para o acesso a cirurgias<sup>91</sup> e tratamentos de alto risco.

<sup>91</sup> Registram-se inúmeros casos de pessoas cadastradas nas filas de transplante, ameaçadas de não estarem habilitadas para receberem o órgão por não disporem de habitação, alimentação e cuidados essenciais adequados a uma plena recuperação pós-transplante. Frequentemente essas situações constituem objeto da ação do Serviço Social, junto as diversas secretarias e instituições, buscando garantir as condições para evitar que o usuário seja preterido do acesso ao transplante. Constituem momentos em que o assistente social tem que convencer a equipe de que, em vez de simplesmente substituir o paciente, todos devem lutar para garantir que o usuário tenha acesso aos seus direitos básicos de cidadania.

Porém, é no momento da alta hospitalar<sup>92</sup> que as precárias condições de moradia deixam de ser um problema exclusivo do usuário e sua família e torna-se institucional, na medida em que o hospital precisa do leito para outro usuário em estado grave e o usuário, embora já tendo condições clínicas, não tem condições sociais de sair do hospital. No atual contexto do SUS, felizmente, já há uma tendência da equipe de saúde<sup>93</sup>, em consensuar que não se pode simplesmente dar alta sem que seja minimamente assegurado um abrigo ou domicílio que ofereça condições elementares para a recuperação do usuário.

A resistência interposta por familiares / cuidadores advogando o adiamento da alta e a sensibilidade da equipe ao acatar a solicitação postergando a alta<sup>94</sup>, em certa medida, constituem um passo no sentido de incorporação do conceito ampliado de saúde.

Assim, checar condições de habitação vem se tornando um procedimento que perpassa a decisão de autorizar internamento domiciliar e a preparação para realizar alguns tratamentos e cirurgias, especialmente em casos de transplante de órgãos. Em geral, tal procedimento é realizado pelo assistente social, cuja tarefa consiste em identificar se o domicílio reúne condições adequadas para alojar o paciente durante o tratamento e a recuperação, sobretudo, porque uma vez constatada a inadequação, compete ao assistente social articular a família e outras instituições e políticas sociais para melhorar as condições habitacionais e/ou conseguir casa-abrigo.

Ao identificar que há inadequação, o assistente social mobiliza familiares e até vizinhança para colaborarem em reformas do domicílio, ao mesmo tempo em que aciona programas habitacionais do governo. Muitas vezes, identifica e convence algum parente que tenha residência em melhores condições. Quando tais alternativas não são possíveis, providencia casa-abrigo.

---

<sup>92</sup> Nas demais situações como impedimento de realizar cirurgias e procedimentos complexos, ou mesmo alcançar o sucesso de um tratamento, apesar de representar uma grande perda em termos dos objetivos da política de saúde, de imediato e concretamente se constitui muito mais um problema, uma perda. Um drama pessoal e da família, enquanto no momento da alta hospitalar o drama é compartilhado: os dois lados têm grandes motivos para buscar solucionar o problema.

<sup>93</sup> Esse posicionamento tem forte influência das argumentações e intervenções dos assistentes sociais.

<sup>94</sup> Essa atitude é permeada de confrontos entre profissionais, sobretudo quando se prolonga muito, alguns médicos ameaçam dar alta, alegando que o SUS não é lugar para “assistencialismo”.

Na maioria, as soluções imediatas, constituem-se em articulações com familiares e instituições filantrópicas, haja vista que, em geral, não há casa-abrigo de natureza pública estatal, exceto as situações exigidas por lei, como as casas de passagens para crianças e adolescentes em situação de risco social, as residências terapêuticas, e casa-lar para mulheres ameaçadas de morte. Além do que, as organizações filantrópicas em geral prestam serviços para crianças e idosos e, mesmo para esses grupos, a demanda é maior que a capacidade de oferta.

Ressalte-se que os assistentes sociais sempre buscam a inserção em programas habitacionais governamentais de interesse social, mas a resposta é muito demorada, além do fato de que os critérios de acesso a tais programas não levam em conta o estado de saúde e/ou as suas necessidades.

Quando se trata de idosos e crianças amparados por legislação específica,<sup>95</sup> há maiores possibilidades de se conseguir vagas em casas-abrigos, casas de apoio, casas de passagem, creches, etc., haja vista que ao não conseguir através de negociação, sensibilização, os assistentes sociais orientam a família a acionar a respectiva promotoria, fornecendo encaminhamento acompanhado de parecer sobre as condições socioeconômicas, o estado de saúde, a importância e urgência de se garantir habitação/alojamento/moradia adequada.

Nesses casos, se tenta agilizar o acesso, utilizando a prioridade assegurada em lei (crianças e idosos). O estado de saúde figura como agravante, coadjuvante. Isso revela que embora haja sensibilidade por parte dos trabalhadores sociais, oficialmente, a decisão de abrigar não se fundamenta no direito à saúde, embora o estado de saúde sirva para sensibilizar.

A rigor, pouco se utiliza a Lei 8.080/90, enfatizando os condicionantes e determinantes da saúde como argumento para assegurar inclusão em programas de garantia de casa própria, melhorias habitacionais ou acesso a abrigos. Na realidade, o direito à habitação ainda não é compreendido como um direito social básico, conforme assegurado na EC 26. Dessa forma, o acesso à habitação através dos programas habitacionais de interesse social ainda é permeado por apelos à sensibilidade de gestores e profissionais. E, em muitos casos, por articulações clientelistas.

---

<sup>95</sup> Estatuto do Idoso e Estatuto da Criança e do Adolescente.

A utilização da locação (aluguel) social, como recurso para não resolver problemas imediatos não foi mencionado por nenhuma das assistentes sociais que participaram do grupo focal.

Essa situação revela que o cidadão e seus direitos básicos são vistos e tratados de forma parcial, isolada e fragmentada, expressando a desarticulação no planejamento das políticas de saúde e habitação.

Os relatos foram contundentes ressaltando que, mesmo com graves problemas de saúde, é mais difícil conseguir abrigo para pessoas na faixa etária entre 19 e 59 anos<sup>96</sup>, que é o perfil da maioria dos moradores de rua, mas também de pessoas que têm residência fixa alugada, cedida ou própria com alto grau de insalubridade, imprópria para habitação humana. Nesses casos, o Serviço Social leva mais tempo para conseguir local minimamente adequado. E, em geral, limita-se a negociar, sensibilizar autoridades, familiares, ONGs, instituições filantrópicas. Raramente recorrem ao Ministério Público.

Ao analisar esse dado, pode-se inferir que não apenas a população, mas o Serviço Social, também ainda não incorporou a noção de que a habitação é um dos direitos básicos de cidadania, que portanto pode e deve ser exigido, inclusive enfatizando-a como condicionante com graves implicações no estado de saúde, nos termos previstos na Lei 8.080/90.

Nos documentos e registros do Serviço Social, e/ou nas discussões realizadas durante as sessões no grupo focal, ficou evidente que, em geral:

- ⇒ Os dados não são sistematizados, inclusive o percentual de usuários do SUS, cujo acesso aos serviços de saúde e a conclusão do tratamento não são possíveis, essa parcela de usuários fica comprometida por falta de acesso à habitação adequada;
- ⇒ Há um superficial e incipiente conhecimento acerca da Política Nacional de Habitação de Interesse Social e seus respectivos espaços de participação e deliberação nas diversas esferas de governo;
- ⇒ Não há registros de relatórios produzidos e encaminhados aos órgãos governamentais e respectivos conselhos de políticas setoriais para serem discutidos no momento de elaboração dos planos anuais e plurianuais;

---

<sup>96</sup> Exceto mulheres vítimas de violência de gênero, nas situações amparadas pela Lei Maria da Penha.

- ⇒ Não foi identificada nenhuma iniciativa de articulação com movimentos sociais, como, por exemplo, o movimento dos sem-tetos;
- ⇒ No caso das equipes que trabalham com transplantes, há registros de encaminhamentos e articulações junto às entidades de portadores de patologia, solicitando colaboração para encontrar soluções para casos que envolvem associados;
- ⇒ As articulações com vistas à organização para reivindicação de direitos são iniciativas isoladas e pontuais de alguns assistentes sociais, não constituindo uma decisão planejada da equipe de saúde, ou mesmo da equipe do Serviço Social.

Observe-se que as articulações realizadas pelo Serviço Social, junto ao Ministério Público, focalizam casos, sobretudo envolvendo idosos e crianças, não havendo articulação no sentido de oferecer subsídios para que a questão da habitação seja objeto de pactuação em Termos de Ajustamento de Conduta (TAC) firmados entre Ministério Público e gestores, utilizando-se de argumentos acerca dos condicionantes de que trata a Lei 8080/90 e da habitação como direito de cidadania.

Pode-se afirmar que embora a questão da habitação faça parte de um dos itens integrantes do diagnóstico sociosanitário, constante do prontuário familiar utilizado na rede básica, bem como na fichas sociais, entrevistas e questionários elaborados pelo Serviço Social, esse aspecto só é trabalhado quando se torna um impedimento direto ao tratamento / recuperação do paciente, geralmente a partir de solicitação do usuário e/ou seu cuidador.

Com raras exceções<sup>97</sup>, esse trabalho é feito sem um conhecimento aprofundado acerca da Política Nacional de Habitação de Interesse Social (PNSAN) e seus respectivos espaços de participação e deliberação nas várias esferas de governo.

No caso de usuários que necessitam ser inseridos em Programas de Habitação de Interesse Social, geralmente os assistentes sociais identificam a existência dos programas, procuram obter informações básicas, tais como: instituição/órgão e setor, localização, técnico responsável pela inscrição e horário de

---

<sup>97</sup> As exceções referem-se a assistentes sociais que têm dois vínculos ou que trabalham simultaneamente na área da saúde e da assistência social, ou que já trabalharam em alguma Secretaria de Assistência Social e/ou em programas habitacionais, antes de terem vínculos trabalhistas com a saúde.

funcionamento. Antes de encaminhar, realizam contatos por telefone para checar se está funcionando normalmente, etc.

Ficou evidente que o acesso a programas habitacionais de interesse social constitui um processo demorado, muitas vezes dura anos, enquanto a necessidade é imediata. Por isso, os assistentes sociais, geralmente, fazem diversos encaminhamentos e articulações simultâneas a abrigos, casas de apoio, programas habitacionais, família, vizinhança, etc.

Na maioria das vezes, as soluções encontradas resultam na inclusão emergencial e temporária, voltadas para viabilizar a alta hospitalar. Portanto, é um processo permeado por muita incerteza quanto às possibilidades de acesso a soluções de ordem permanente, como a inclusão em programas destinados à casa própria e/ou de melhorias habitacionais.

## b) SEGURANÇA ALIMENTAR E/OU ACESSO A ALIMENTOS

No geral, trata-se de demandas que envolvem a absoluta falta de acesso a alimentos, os mais básicos e elementares, expressa na solicitação de cestas básicas ou de refeições em caráter emergencial.



Ilustração 2: Demanda por alimentos / resposta: cesta básica, refeição, etc...

Geralmente, constitui demanda apresentada ao Serviço Social no momento da alta hospitalar ou no caso de tratamentos ambulatoriais com uso prolongado de medicamentos que causam dores e mal-estar gastrointestinal. Também configuram necessidades alimentares e nutricionais especiais, por exemplo: celíacos, diabéticos, intolerância à lactose, fenilcetonúricos, anemia falciforme e outros.

Chega ao Serviço Social, como preocupação dos cuidadores/acompanhantes acerca da recuperação do usuário, dada à falta de alimentos e às precárias condições de vida. Em geral, apresenta-se associada a outras necessidades, como desemprego, precárias condições de moradia, falta de acesso à água<sup>98</sup> e esgotamento sanitário, dentre outras.

A falta de acesso à alimentação adequada<sup>99</sup>, somada aos maus hábitos alimentares, encabeça a lista de uma série de determinantes das péssimas condições de vida e saúde da população brasileira.

Entretanto, mesmo sendo um dos problemas identificados, nos primeiros contatos do(s) usuário(s) com os serviços de saúde, logo que o médico prescreve restrições ou reforço alimentar, os usuários geralmente mencionam suas dificuldades financeiras para poder seguir as dietas recomendadas. Desse modo, esse problema passa a fazer parte das preocupações da equipe de saúde ao avaliar a sua relação com a reincidência, agravamento e cronificação de doenças, tais como tuberculose, desnutrição, diabetes, hipertensão, obesidade mórbida, dentre outras, mas só deixa de ser apenas um problema do usuário e sua família para tornar-se um claro problema institucional no momento da alta hospitalar. Isto ocorre, justamente porque nesse momento, o usuário e/ou sua família, muitas vezes, resistem à alta hospitalar alegando não dispor, sequer, de alimentos básicos para se recuperar e/ou sobreviver. Tanto nos casos de alta hospitalar, quanto durante o tratamento ambulatorial por tuberculose e/ou desnutrição, o Serviço Social faz encaminhamentos ao plantão social das Secretarias Municipais de Assistência Social para conseguir cestas básicas e orienta as famílias a procurar outras possibilidades de acesso emergencial, tais como restaurantes populares, programas de doação de leite, pão vitaminado, etc. Além disso, orienta e encaminha para tentar acesso ao Programa Bolsa Família (PBF) e/ou Benefício de Prestação Continuada (BPC).

---

<sup>98</sup> O acesso à água de qualidade é um direito humano básico que necessita ser efetivado para toda a população. A violação desse direito seja por órgãos públicos ou agentes privados deve ser reparada de forma imediata. Com o objetivo de assegurar água de qualidade com acesso descentralizado, incluindo o uso difuso para a produção, dentre outras, propõe-se estimular o desenvolvimento tecnológico para a detecção de patógenos humanos veiculados pela água e que não são contemplados nas legislações específicas, que definem a potabilidade e a balneabilidade.

<sup>99</sup> Expressam-se no persistente e progressivo aumento do quadro de desnutrição e das carências por micronutrientes (anemias, hipovitaminose A, deficiência de iodo, entre outros),

No caso de crianças e gestantes com alto grau de desnutrição, geralmente as secretarias municipais de saúde mantêm programas de doação de leite, com recursos próprios ou em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social. Embora se trate de uma ação incluída na previsão orçamentária da SMS/Natal, na realidade estudada não há registro de articulações formais, por iniciativas das equipes de Serviço Social, apresentando propostas de melhoria e ampliação do programa com base em dados produzidos sobre a realidade da população atendida no dia-a-dia do SUS.

Verificou-se que, em casos de agravamento do estado de saúde claramente relacionados à falta de acesso à alimentação básica, as equipes de Serviço Social buscam inserir em programas como o do leite, idosos e portadores de tuberculose, os quais não estão contemplados nos critérios de acesso, travando-se embates e conflitos com direções e equipes. Entretanto, esses confrontos ainda não se traduzem em ação organizada e articulada junto aos movimentos sociais e conselhos (de saúde e assistência social) para refletirem sobre a questão e buscarem soluções permanentes.

No caso do PID, observou-se que antes de autorizar o internamento em domicílio, os assistentes sociais analisam as condições habitacionais, participam de treinamento com cuidadores, onde a alimentação e a habitação adequadas são um dos primeiros itens, fazendo orientações e encaminhamentos às instituições pertinentes para tentar obter alimentos básicos e melhorias em acomodações nos domicílios. No entanto, ainda não polemizam e não discutem, com a equipe e coordenação do PID, o fato de que nos casos de internação hospitalar, todos os itens relativos ao tratamento<sup>100</sup>, tais como medicamentos, alimentação e higiene são assegurados pelo hospital; portanto, deveriam ser assegurados também no caso de internamento domiciliar, uma vez que durante o internamento o usuário se encontra sob a responsabilidade do SUS.

De fato, os assistentes sociais permanecem buscando alternativas junto à própria família e fazendo encaminhamentos e articulações junto a programas

---

<sup>100</sup> Uma rápida análise das normas do PID, sobretudo o termo de compromisso que os usuários do PID no RN são obrigados a assinar para terem acesso ao programa, consta que os medicamentos, não disponíveis no Hospital, são de obrigação da família. Garante material para desinfecção, mas não garante alimentação. Revelando que embora seja um grande passo para a humanização do atendimento, na prática verifica-se uma tendência ao racionamento da oferta, transferindo para a família várias responsabilidades que são do Estado.

assistenciais. A rigor, há que se lutar não apenas para assegurar acesso durante o internamento domiciliar, pois, sem segurança alimentar, o paciente logo apresenta recaídas e retorna aos ambulatórios, prontos-socorros e hospitais.

Ressalte-se que no PID, ao não assegurar todos os medicamentos, alimentos e demais condições de hotelaria pertinentes a um internamento, o SUS está se eximindo de suas responsabilidades, transferindo-as para a família.

Além disso, na maioria dos hospitais públicos, o Serviço Social providencia refeições para acompanhantes de pacientes internados na faixa etária entre 19 e 59 anos, cujo estado de saúde requer cuidados especiais, em razão de que a permanência de um cuidador é autorizada, mas sem a garantia de alimentação.

Note-se que, mesmo em tempos de Humaniza SUS, a alimentação para acompanhante compõe um dos itens da Autorização de Internamento Hospitalar (AIH) somente para crianças, adolescentes e idosos.

Em todos os grupos focais, em tom de denúncia, os assistentes sociais afirmaram que a falta de garantia de alimentação para acompanhantes vem se constituindo em um dos maiores desrespeito aos usuários do SUS. Segundo os diversos relatos, na maioria dos hospitais públicos do RN, não são asseguradas refeições aos acompanhantes cujo direito não está previsto em Lei específica, no entanto, que em alguns hospitais, o Serviço Social tem conseguido negociar para garantir aos que residem no interior do Estado.

Entretanto, nas maternidades da SMS-Natal até mesmo os acompanhantes cujo direito é assegurado em Lei, como é o caso de parturientes adolescentes, não tem sido assegurado, não por falta de alimentos, mas de pessoal para preparar e servir os alimentos.

Tal realidade deixa patente que a ampliação do direito à acompanhante, preconizado como um dos dispositivos da PNH, vem sendo implementado descolado de suporte e garantias materiais concretas. Assim, fica dependendo da vontade e da compreensão dos gestores de cada unidade. Dessa forma, alguns poucos hospitais garantem, integralmente, alimentação para todos, e a maioria restringe, constrange e/ou se mantém indiferente às necessidades e direitos dos usuários.

Símbolo do racionamento da oferta, essas situações revelam não só o baixo nível de adesão e efetivação dos dispositivos da PNH, mas sobretudo que nenhuma política específica pode tornar-se transversal, como pretende a PNH, sem que suas

ações tenham garantia orçamentária e haja uma efetiva mudança no modelo assistencial e gerencial na perspectiva da construção de sistemas universais de seguridade social.

Tal realidade, deixa patente que a ampliação do direito à acompanhante, preconizado como um dos dispositivos da PNH, vem sendo parcialmente implementado, justamente porque continua descolado de garantias materiais concretas, seja no campo do financiamento e estruturação dos serviços, seja na criação de mecanismos de avaliação de desempenho e de valorização profissional que induzam a mudanças de práticas e valores.

De forma sintética, as demandas, atividades e serviços acionados estão agrupadas no seguinte quadro:

<b>Quadro 2- DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À SEGURANÇA ALIMENTAR E/OU ACESSO AOS ALIMENTOS BÁSICOS</b>			
<b>DEMANDAS</b>	<b>ATIVIDADES/ PROVIDÊNCIAS</b>	<b>ÓRGÃOS / INSTITUIÇÕES ACIONADOS</b>	<b>NECESSIDADE DE SAÚDE A QUE SE VINCULA</b>
1) Cestas básicas  2) Inclusão em programas sociais: Leite, sopão, alimentos fortificados (pão vitaminado, macarrão, etc..)	1) Encaminhamentos, contatos telefônicos;  2) Encaminhamento, solicitação / requisição	1) Secretaria Municipal de Assistência Sócial; 2) Secretaria Estadual de Assistência Social;  2.1) Órgãos do Governo federal –	Geralmente trata-se de usuários com alta hospitalar se recuperando de doenças relacionadas às precárias condições de vida, em casos de:
3) Refeições prontas, refeições para acompanhantes em: restaurantes populares, na própria unidade de saúde, etc.;	3) Autorizações, entrega de tickets, e/ou vales, refeições;  4) Orientação, encaminhamento e providência de documentos;	3) Organizações privadas e filantrópicas: Armazém da caridade, Restaurante do SESC,  4) Vara de Família; Prática Forense; OAB. Empresas privadas;	► restrições alimentares: desnutrição, tuberculose; diabetes, hipertensos, intolerância a lactose, puérperas, nutrízes, recém-nascidos de baixo peso, intolerâncias (alergias), carência de micronutrientes;
4) Pensão alimentícia;	5) Encaminhamentos ao Ministério Público;  5.1) Campanhas junto a empresas,	5) Distribuidores de leites e alimentos especiais. Associações de pessoas e familiares com necessidades alimentares especiais;	► tratamentos prolongados - tuberculose pulmonar; renais crônicos; pós-transplante; pós-cirurgia bariátrica, etc., doenças cuja recuperação depende essencialmente de alimentação adequada.
5) Alimentos especiais - para pessoas com necessidades alimentares especiais.	Outras: Orientação, encaminhamentos e providência de documentos para inclusão no PBF; busca de emprego.	Outros: Sensibilização de familiares, vizinhos, lideranças comunitárias.	

Observe o fluxo entre demanda, atividades/ações/providências e organizações acionadas:



Embora esse conjunto de demandas estejam claramente explicitadas nos registros dos assistentes sociais - livros de ocorrências, encaminhamentos realizados - e nas considerações feitas durante as sessões dos grupos focais, em relação às condições de alimentação, não se constata a existência de iniciativas de sistematização de dados sobre os percentuais de usuários do SUS cujo acesso aos serviços de saúde e à conclusão do tratamento ficam comprometidas por falta de acesso à alimentação básica.

Sobre essa questão da sistematização, veja-se os depoimentos abaixo, os quais aparecem como um consenso em todos os grupos, o fato de que: as equipes de Serviço Social não sistematizam tais demandas”, tampouco as respostas dadas:

“No dia-a-dia das unidades, pelo menos onde eu trabalho que é hospital de urgência e emergência, não fazemos estatísticas das demandas por alimentos, sejam as refeições prontas, sejam em relação aos encaminhamentos solicitando cestas básicas, mas também não fazemos em relação a outras demandas e encaminhamentos, a lógica do serviço é a

urgência e o ativismo! Vivemos na maior correria, trabalhamos no limite!...[...] Mas acho que deveríamos fazer um esforço nesse sentido... pelo menos, eu gostaria....[...].”

“Essa lógica ativista não é só nas unidades de urgência, já passei em unidades básicas, pronto-socorro, ambulatório especializado, já vivenciei várias experiências e, para ser sincera, nunca fiz estatísticas ou estudos sobre essa questão, nem quando trabalhava com aquele programa no Centro de Saúde,.... há... lembrei! o PSA (Programa de Suplementação Alimentar), só me lembro que vinha muita gente atrás que estava fora dos critérios. É como o programa do leite agora, às vezes eu mesma ligo para conseguir vagas para alguém que está precisando muito, mas não quantifico, nem analiso...[....] Também não conheço nem ouvi dizer que alguma equipe de Serviço Social, faça isso aqui em Natal...[.] Gostaria muito de sair desse ativismo... é por isso que estou aqui para refletirmos sobre a prática....”

Da mesma forma que ocorre em relação à habitação, também não há registros da existência de relatórios produzidos e encaminhados aos órgãos governamentais e respectivos conselhos de políticas setoriais para serem discutidos no momento de elaboração dos planos anuais e plurianuais, e nenhuma articulação com movimentos sociais.

Embora se registrem encaminhamentos ao Ministério Público, são de casos relacionados a idosos e crianças. Não se produzem relatórios sobre a falta de segurança alimentar e sua relação com a saúde na realidade local, para municiar o Ministério Público, para incluir o acesso a alimentos nos TAC firmados com o governo e gestores, com o argumento de que constituem uma condição essencial para a garantia do direito à vida.

Assim, as articulações realizadas, ainda que essenciais, se reduzem a ações e medidas emergenciais, circunstanciais e paliativas e resolvidas *ad hoc*. Em geral, não constitui objeto de reflexão junto à equipe, de certa forma sendo banalizada. Não se identificam iniciativas no sentido de provocar uma ação institucional articulada intersetorialmente, haja vista que se trata de um dever do Estado e não do SUS garantir segurança alimentar com uma das condições essenciais para se ter saúde. Assim, permanece como uma atividade do serviço social.

No caso de acompanhantes de pacientes internados, na faixa etária entre 19 e 59 anos<sup>101</sup>, embora, na maioria dos hospitais públicos, a regra ainda seja não garantir alimentação e acomodações adequadas, como direito, constata-se que:

---

<sup>101</sup> Ressalte-se que idosos e crianças têm o direito à acompanhante assegurado em lei, obrigando as instituições a assegurarem uma infraestrutura mínima para atendê-los. Os demais usuários não têm garantia formal nem prática na maioria dos hospitais públicos brasileiros. Por isso, o direito à

- ⇒ Dos cinco hospitais de grande porte da SESAP/RN, localizados em Natal, dois já estenderam o direito à alimentação e acomodação aos acompanhantes independente de faixa etária. Em tais unidades, a ação organizada e articulada da equipe de serviço Social junto à direção e aos demais profissionais foi fundamental para essa ampliação;
- ⇒ Em algumas unidades, registram-se iniciativas da equipe de Serviço Social, no sentido de discutir com as direções e com o conselho diretor da unidade acerca da extensão do direito à alimentação e acomodação adequada para os acompanhantes de pacientes, inclusive apresentando argumentos sobre os itens que compõem a Autorização de Internamento Hospitalar (AIH). Dos três hospitais integrantes do referido Complexo Hospitalar, uma unidade localizada em Natal garante alimentação para todos os acompanhantes independente da faixa etária<sup>102</sup>.

A rigor, o conjunto das articulações realizadas pelos assistentes sociais no cotidiano dos serviços de saúde se restringe a acesso a alimentos: cestas básicas, refeições em caráter emergencial, muitas vezes, acompanhadas de encaminhamentos ao PBF e BPC, quando as condições socioeconômicas se enquadram nas exigências de tais programas.

Além das demandas relacionadas à carência nutricional, o serviço social recebe demandas relacionadas a pessoas com **necessidades alimentares e nutricionais especiais**, por exemplo: celíacos, diabéticos, intolerância à lactose, fenilcetonúricos, anemia falciforme e outros. Embora o acesso a tais alimentos seja um condicionante para a saúde, classificada como necessidades de saúde, o acesso é mais difícil e, em geral, requer encaminhamentos e orientações ao Ministério Público e às Defensorias, mas no plano emergencial envolve articulações com empresas privadas e associações de portadores de patologias para assegurar de forma emergencial e temporária o acesso a tais alimentos.

Na maioria dos casos de crianças com intolerância à lactose ou celíacos, o Serviço Social encaminha à Defensoria Pública e ao Ministério Público para as

---

acompanhante integra uma das metas do HUMANIZA SUS.

<sup>102</sup> Trata-se do Hospital Giselda Trigueiro, o qual dentre os hospitais da SESAP/RN, segundo os assistentes sociais é o hospital que mais tem avançado em relação a implementação da PNH em Natal.

medidas cabíveis. A maioria das secretarias de saúde não inclui esse tipo de alimento, tão especial que é considerado um medicamento, na previsão orçamentária, assegurado somente por decisão judicial.

Consiste na difícil luta pelo acesso emergencial, que é muito importante, mas ainda muito distante de buscar estreita vinculação com ações estruturantes e mais contínuas que possibilitem articular medidas para além do acesso imediato, na perspectiva da segurança alimentar da população atendida.

Trata-se de ações discutidas internamente pelos assistentes sociais, no sentido de identificar formas de garantir e agilizar o acesso a alimentos. Porém, não avança claramente na perspectiva da PNSAN, no sentido de dar visibilidade à dimensão dessas necessidades e de socializar junto à equipe de saúde que se trata da garantia do acesso à alimentação adequada como um direito humano básico, assegurado constitucionalmente e inserido na PNSAN. Dessa forma, aponta na perspectiva da universalização do acesso à alimentação adequada e saudável como um dos objetivos centrais que sintetiza as várias dimensões englobadas pela referida política e por todas as políticas a ela relacionadas, enfatizando a política de saúde.

O Serviço Social não tem dimensionado a frequência dessas demandas e não tem dados sistematizados acerca de tais necessidades; também não há registro de pactuação e planejamento articulado junto às instituições para onde frequentemente encaminham os usuários. Também não tem provocado discussões junto aos conselhos de saúde, assistência social sobre a responsabilidade, agilidade e planejamento da oferta. Assim, prevalecem as soluções *ad hoc*, dependentes do compromisso e julgamento de quem está de plantão no momento.

Embora as articulações e ações intersetoriais, no campo da saúde e da segurança alimentar, constituam condição para garantir integração, articulação, entre Política de Saúde e PNASN, cumprindo um duplo papel de buscar erradicar a fome, promovendo segurança alimentar e nutricional, bem como de aumentar a eficácia e efetividade da política de saúde do conjunto da população brasileira, a maioria dos profissionais de saúde desconhece tal direito. Também a PNSAN, tendo uma vaga noção da existência de ações e programas emergenciais de assistência alimentar, reduzida ao acesso a alimentos que por não se tratar de uma política integrada à política de saúde, e assim incorporada às práticas profissionais, fica exposta a sensibilidades, comprometimento do profissional de plantão.

Assim, alguns nutricionistas flexibilizam mais que outros a liberação de refeições para acompanhantes que não são idosos ou crianças e adolescentes. Alguns, médicos pactuam com mais facilidade o adiamento da alta em função da ausência de condições econômicas e sociais, destacando-se a questão do acesso à alimentação e habitação adequadas. Outros são indiferentes, outros classificam tais atitudes como paternalistas e se posicionam contrários, outros se vinculam à ideia de que cada um deve dar sua parcela de boa vontade. Portanto, a maioria tem uma visão embaçada acerca de que se trata de um direito humano, ainda que desrespeitado, e um dever do Estado e da sociedade.

Fome e doença andam juntas. Conforme testemunho dos assistentes sociais, muitas vezes, no cotidiano do SUS, não são necessários medicamentos, mas alimentos, ou seja basta injetar soro e vitaminas associados a refeições adequadas e regulares, que a melhora do estado de saúde é visível e imediata.

Assim, as dificuldades de efetivar a alta hospitalar, a ineficácia dos tratamentos ambulatoriais e as iniquidades de cirurgias e tratamentos de alto risco e alto custo, sem que se garanta segurança alimentar, revelam que não pode haver efetividade da política de saúde sem segurança alimentar. Portanto, o planejamento, a execução e a avaliação de ambas as políticas também deveriam acompanhar essa indissociabilidade.

### **c) CIDADANIA CIVIL (acesso a documentos pessoais)**

Consiste em orientações, encaminhamentos e articulações com vistas a habilitar os usuários para acessar serviços do SUS, em situações de perda de documentos e/ou nos casos em que o documento não foi emitido<sup>103</sup>. Trata-se de providências para emissão de documentos tais como CPF, Carteira de Identidade (C.I); Registro de Nascimento (RN); Certidão e Registro de Óbito, etc.

---

<sup>103</sup> Inclusive crianças recém-nascidas, que, a exemplo dos adultos, também precisam de C.I (RG) e CPF para fazer o cartão SUS, condição essencial para ter acesso a procedimentos de alta complexidade. Nos casos de idosos, provenientes da zona rural, ainda é comum não disporem de registro de nascimento, C.I e CPF. Alguns não sabem se foram registrados. Geralmente buscam “tirar” documentos quando necessitam de algum serviço social, especialmente no momento de requerer aposentadoria por velhice ou invalidez.

Geralmente se coloca como necessidade imediata para acesso a exames, consultas e procedimentos de alta complexidade<sup>104</sup>, sobretudo quando realizados na rede conveniada com o SUS. Explicita-se também no momento que o assistente social realiza orientações à família sobre acesso a programas sociais como o BPC e Bolsa Família.

Tanto em casos de urgência e emergência quanto para agendamento de cirurgias, consultas e exames especializados, muitos usuários chegam às unidades de saúde sem a documentação necessária, principalmente RG e CPF - alguns por terem perdido, outros por terem danificado e alguns por nunca terem tirado. É comum pessoas que nasceram antes de 1988, principalmente idosos provenientes da zona rural, não dispor de documentos como CI e CPF, conformando mais uma das inúmeras dificuldades que perpassam o acesso aos serviços sociais, particularmente os serviços de saúde.

Porém, a demanda por orientação, declaração e encaminhamentos à Receita Federal para emissão de CPF, vem se avolumando na sala do Serviço Social. Trata-se de uma exigência prevista em diversas portarias do Ministério da Saúde<sup>105</sup> emitidas desde a Portaria SAS/MS nº 55 de 24 de abril de 1999<sup>106</sup> até a mais recente, Portaria GM 2048, de 03 de setembro de 2009, a quais, exigem que

---

<sup>104</sup> A SMS-Natal (2007, p. 30-31), através do manual REDESENHANDO A REDE DA SMS, no item **atenção ambulatorial de alta complexidade**, com base na Portaria GM/MS nº 627 de 26 de abril de 2001, explicita que, para autorização desses procedimentos o usuário deve apresentar os seguintes documentos: prescrição médica, CPF, carteira de identidade, comprovante de residência, cartão SUS, e outros exames complementares, caso já os tenha realizado.

<sup>105</sup> A exigência de CPF para autorização de exames e procedimentos de alta complexidade vem sendo objeto de várias Portarias do Ministério da Saúde, a primeira foi a Portaria GM/MS 3.478 de 20/08/1998, alterada pela Portaria SAS/MS nº 55 de 24/04/1999, a qual exigia C.I, CPF e comprovante de residência para usuário e acompanhante, quando nos casos em que há necessidade de acompanhante. Esta portaria foi reforçada pela Portaria GM/MS nº 5.31, de 30 de abril de 1999, a qual criou o Fundo de Ação Estratégicos e de Compensação (FAEC), (DO 82-E, de 27/4/01), a qual nos artigos 2º e 4º, detalhados nos respectivos anexos, define critérios de aplicação dos recursos e pagamento dos prestadores de serviços para procedimentos de alta complexidade, dentre os quais a identificação do usuário através do C.I, CPF e comprovante de residência). Além de explicitar a exigência de tais documentos, reitera a forma de pagamento dos prestadores de serviços regulamentada na Portaria GM de 20/08/1998, que também apresenta essa exigência. Atualmente o acesso a tais procedimentos é disciplinado pela portaria GM 2048, de 03 de setembro de 2009, que altera várias Portarias anteriores, inclusive em relação aos critérios para autorização de exames, consultas e cirurgias de alta complexidade, permitindo que no caso de crianças recém-nascidas utilize o CPF da mãe, do pai ou responsável legal.

<sup>106</sup> A Portaria SAS/MS nº 55 de 24/04/1999, entrou em vigor desde 01/03/1999. No seu artigo 5º, exigia C.I e CPF para usuários e respectivo acompanhante (nos casos em que legalmente e/ou clinicamente há necessidade de acompanhante).

os usuários, inclusive crianças recém-nascidas<sup>107</sup>, tenham C.I (popularmente chamado de RG) e CPF de forma que possa disponibilizar número e cópia de tais documentos, além do comprovante de residência (endereço) a fim de que possam realizar procedimentos de alta complexidade, sobretudo quando se trata de serviços especializados de alto custo realizados através da rede contratada/conveniada<sup>108</sup>.

Têm sido comum, casos em que a pessoa encontra-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou em estado grave sem poder se locomover até as instituições que emitem tais documentos. Nestes casos, em alguns hospitais, os assistentes sociais têm feito parceria com a Secretaria de Defesa Social através do Instituto Técnico e Científico de Polícia do RN (ITEP/RN) para deslocar equipes até os hospitais para emitir C.I, o que geralmente requer que o Serviço Social consiga carro para trazer funcionários desse instituto até o hospital. Nos hospitais que o Serviço Social dispõe de carro social, autoriza-o diretamente.

A emissão da C.I (RG), só pode ser feita pessoalmente, no caso de enfermos internados, requer colocar as digitais do requerente, o serviço é feito às margens do leito, seja na UTI ou na enfermaria. Para a emissão de CPF, a Receita Federal só emite CPF para crianças mediante declaração com justificativa do SUS e vem sendo emitida pelo Serviço Social. Essa demanda revela que qualquer problema que envolva o acesso, para cuja solução a responsabilidade da equipe não esteja claramente definida, torna-se demanda ao Serviço Social, especialmente se essa demanda envolver articulação com outras instituições, a família e/ou a comunidade.



Ilustração 3: Usuários solicitando declaração e providências para emissão de RG/CPF.

<sup>107</sup> Atualmente, no caso de crianças, com poucas horas de nascidas, admite-se a utilização do CPF da mãe ou responsável legal, entretanto no dia-a-dia do SUS é comum solicitar a emissão de CPF para crianças recém-nascida, justamente porque as normas, relativas ao pagamento dos prestadores de serviços de alta complexidade, em geral, continuam a exigir C.I e CPF.

<sup>108</sup> Os prestadores de serviços devem comprovar o atendimento realizado, identificando o usuário através do nº do cartão SUS e anexando cópia do comprovante de residência, RG e CPF. Mesmo após a Portaria GM 2048, de 03/09/2009, para evitar “glosar” pagamento, continuam exigindo o CPF.

Em função dessa exigência de CPF até para crianças e adolescentes, em geral exigência questionada pela Receita Federal que exige comprovação da necessidade, emitida por autoridade competente<sup>109</sup>, formam-se filas enormes de pessoas buscando uma declaração dos serviços de saúde justificando a necessidade de emissão de CPF para crianças, situação que requer atendimento individual e declaração nominal, caso-a-caso.

Ocorre que, desde 1999, o MS tenta implantar o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) prorrogando várias vezes<sup>110</sup>, a última portaria editada, a Portaria 136/SAS/MS 2005, preconiza que desde julho de 2005, os usuários do SUS deveriam ser identificados pelo Cartão SUS, entretanto em seu anexo II, esta Portaria previa que caso o usuário não possuísse o referido cartão, deveria ser identificado pelo CPF e C.I (RG). Considere-se que na maioria dos municípios brasileiros houveram muitos problemas e atrasos na implantação do Cartão SUS, de modo que até Março de 2010, o mesmo ainda não foi totalmente implementado em grande parte dos municípios. Portanto, o RG e CPF passaram a ser e continuam sendo os principais documentos exigidos para acesso a procedimentos de alto custo (exames, cirurgias, etc..), inclusive para a própria emissão do Cartão SUS<sup>111</sup>. Além disso, a maioria dos usuários só fazem o referido Cartão quando precisam realizar algum procedimento de alta complexidade (geralmente exames e cirurgias).

---

<sup>109</sup> Face a essa exigência da receita e as exigências da Portaria SAS/MS nº 55 de 24/02/1999, o MS instituiu uma Ficha de Avaliação Social (FAS) a qual deve ser preenchida por assistente social do município de origem.

<sup>110</sup> A Portaria SAS/MS nº 174 de 14 de maio de 2004, estabeleceu o cadastramento, por meio do Cartão Nacional de Saúde -CNS, dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, nos atendimentos que exigem autorização prévia, porém a maioria dos Estados e municípios não implantaram o referido Cartão, por isso o MS editou a Portaria SAS/MS nº 179, de 03 de dezembro de 2004, que prorrogou, para março de 2005, o prazo para utilização do Cartão Nacional de Saúde – CNS e mais uma vez, por solicitação do CONASS e COSEMS, teve que prorrogar tal prazo, editando a Portaria SAS/MS 136 de 10 de Maio de 2005, a qual estendeu o prazo até junho de 2005, para acesso, sem o número do Cartão Nacional de Saúde – CNS, a procedimentos SIA/SUS que necessitam de autorização prévia através de APAC, exceto Terapia Renal Substitutiva, Medicamentos Excepcionais, Radioterapia, Quimioterapia, Cirurgias eletivas, exames preparatórios para transplante; Procedimentos de alta complexidade SIH/SUS - Cirurgias eletivas, exceto transplante.

<sup>111</sup> Ressalte-se que a Portaria GM 2048, de 03 de setembro de 2009, em vigor, a qual revogou diversas portarias editadas pelo MS (Cf. Anexo 1), entre 1989 e 2007, não exige o CPF para emissão do Cartão SUS, mas não altera a Portaria GM / nº 627, de 26 de abril de 2001 e a Portaria GM / nº 486, de 31 de março de 2005, que exigem o CPF para o pagamento e controle dos serviços prestados pelo SUS e/ou ao SUS, principalmente no que se refere à rede privada contratada e/ou filantrópica conveniada. Assim, na prática, além da C.I e do comprovante de residência, continuam exigindo o CPF para acesso a tratamentos especializados.

Esse trabalho envolve emissão da declaração/ FAS, negociação com direção do ITEP para agendar horário, informar quantidade a ser emitida, conforme os casos existentes no hospital, providenciar transporte para equipe do ITEP vir até o hospital ou, quando possível, para a família ir ao serviço mais próximo. Enquanto isso, muitas vezes o usuário corre riscos de morte, principalmente se o procedimento que o usuário necessita for feito na rede privada ou filantrópica conveniada.



Ilustração 4: Usuário internado-acamado, assinando formulário/recebendo C.I .

Essa demanda aumentou bastante com a implantação do cartão SUS, embora somente para a emissão do cartão, a portaria em vigor não impõe que a pessoa tenha CPF, inclusive em razão de que, em vários estados brasileiros, cidadãos entraram na justiça e obtiveram liminar dispensando tal exigência. Entretanto, na maioria das secretarias de saúde e unidades em todo o RN, até a presente data<sup>112</sup>, o CPF continua sendo exigido, inclusive para a emissão do cartão SUS. Alguns profissionais argumentam que é melhor inserir logo porque em casos de necessidades de realizar qualquer procedimento, esse seria um problema a menos. De fato, essa situação deve ser discutida e objeto de ampla negociação e rápida decisão entre os diversos órgãos envolvidos.

No geral, o conjunto das demandas, atividades/providências e órgão acionados podem ser assim sintetizadas:

<sup>112</sup> Março de 2010.

<b>Quadro 3 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS À CIDADANIA CIVIL</b>			
<b>DEMANDAS</b>	<b>ATIVIDADES/ PROVIDÊNCIAS</b>	<b>ÓRGÃOS / INSTITUIÇÕES ACIONADOS</b>	<b>NECESSIDADE DE SAÚDE A QUE SE VINCULA</b>
1) Emissão de RG e CPF, para acesso a exames e procedimentos de alta complexidade;	1) Emissão de declaração, orientação, encaminhamento, agendamento, providência de transporte para levar usuário ao local;	1) Receita Federal,	Geralmente trata-se de documentos necessários à:
2) Emissão de RG, para fazer Cartão SUS;	2) Encaminhamento, agendamento, providência de transporte para levar usuário ao local ou trazer a equipe do ITEP ao Hospital;	2) ITEP, Central do Cidadão;	
3) Emissão de Registro de Nascimento (RN);	3) Orientação, providências de declaração da maternidade acerca do nascimento do bebê, nome da mãe;	2.1) Secretarias Municipais e Estadual de Assistência Social, Interior, Justiça e Cidadania;	► Emissão do cartão SUS para acesso a exames, consultas, cirurgias e procedimentos de alta complexidade;
4) Registro de Óbito e Atestado de Óbito;	4) Orientações, encaminhamento, providências relacionadas ao Registro de Óbito;	1) Cartórios;	► Emissão e registro de atestado de Óbito;
5) 2ª via de documentos	5) Mobilização da família /cuidador para recuperar informações sobre paradeiro de documentos.	4) Cartórios, SVO <sup>113</sup>	
6) Cópia de Prontuários;	6) Autorização/articulação de cópias de documentos;	5) Ministério Público;	► Requisição de pensão, seguro, aposentadoria, BPC, Auxílio Funeral, etc.
7) Laudos e pareceres.	7) Emissão, e/ou contatos com outros órgãos e instituições.	6) Articulação de ONGs, familiares e/ou cuidadores.	

Figura 5 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS A CIDADANIA CIVIL



<sup>113</sup> Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

Observe o fluxo de tais demandas, atividades e providências, conforme buscou-se representar na figura abaixo, acompanhe o sentido das setas de uma mesma cor saindo de cada demanda em direção simultânea a diversas atividades, providências e organizações tendo como elemento comum a colaboração da família.

Grande parte dos problemas, relacionados à falta de documentos, revelam duas tendências das políticas sociais brasileiras: primeiro, o precário nível de acessibilidade aos mais elementares direitos previstos na constituição de 1988, incluindo o acesso à informação; segundo, a exacerbação e burocratização do acesso associada a mecanismos de contenção da demanda.

Funciona como uma cortina de fumaça, que muitas vezes encobre a demanda reprimida por exames, leitos e consultas, ou seja, a falta de um determinado documento, que pode ser um CPF, ou um comprovante de endereço constitui mais um motivo e mais uma barreira ao acesso que divide as atenções quanto aos problemas relacionados à quantidade e qualidade dos serviços oferecidos. Ambas as situações se traduzem em demandas ao Serviço Social, O Serviço Social dispõe de elementos, argumentos e condições para provocar o debate sobre essas questões junto aos conselhos de saúde e fornecer subsídios para a mudança, na perspectiva de reduzir e eliminar barreiras ao acesso. Mas essa ainda não tem sido uma atitude comum no cotidiano do Serviço Social.

A rigor, essa questão poderia ser objeto de discussão nas instâncias gestoras do SUS, mas para tanto é fundamental que os profissionais de saúde e particularmente a equipe de Serviço Social encaminhe questionamentos, sintetize o drama vivido pelas famílias, enfatizando que, sendo o CPF um documento com finalidades tributárias, o SUS deveria exigir somente a identidade. Também se pode tomar como exemplo os procedimentos para facilitar o acesso ao Registro de Nascimento (RN), e propor que a emissão do RG e CPF seja gratuita e assegurada também aos recém-nascidos, bem como torná-la gratuita e amplamente disponível para todos. Assim sendo, deixaria de ser uma demanda a ser tratada pelo Serviço Social caso a caso.

Em tese, requer desencadear um movimento capaz de exigir que os três níveis de governo promovam políticas de universalização do acesso a documentos, envolvendo publicidade e trabalho domiciliar, de forma que não seja necessário adiar um exame, uma cirurgia por dificuldades de acesso a documentos. Essa não é

uma tarefa exclusiva de uma categoria profissional, entretanto, na condição de quem lida de perto com tais questões, os assistentes sociais podem colaborar com o debate, produzindo informações, conhecimentos e formulações que ajudem a provocar os sujeitos coletivos com potencial para provocar o debate e juntar forças para eliminar tais barreiras ao acesso.

Ressalte-se que o ato de conseguir um documento é mais amplo do que parece. Por exemplo, na realidade dos serviços de saúde mental e na atenção à saúde do idoso, articulações voltadas para o resgate e/ou providência de documentação, muitas vezes associa-se a um objetivo maior de resgate da história de vida e da própria identidade pessoal a uma verdadeira busca pelo reestabelecimento de vínculos e responsabilidades familiares, bem como de ressocialização junto à sociedade.

Trata-se de ações que transitam entre o nascer, renascer (legal e emocionalmente) e/ou morrer enquanto cidadão, com direito à identidade, em sentido ampliado.

A rigor, a exigência de RG e CPF para o cartão SUS e para realizar um exame ou cirurgia representa um importante controle sobre o efetivo uso dos recursos públicos, mas esse controle, ainda que necessário, não pode ser maior que o princípio constitucional do direito à vida. Portanto, não pode ser generalizada e burocraticamente aplicado a uma pessoa em estado grave que não pode esperar, como ocorre em inúmeros casos de pessoas internadas em UTI, ou seja, não pode colocar a vida de um ser humano em risco.

É preciso atentar para o fato de que adiar um exame ou uma cirurgia, colocando em risco a vida de uma pessoa, contraria o direito à vida e fere o princípio da incondicionalidade preconizado no capítulo da seguridade social.

### **DESLOCAMENTO /TRANSPORTE / LOCOMOÇÃO**

Constituem-se demandas por passagens e/ou transporte social vinculadas à necessidade de realizar tratamentos contínuos (Exemplo: para realizar fisioterapia, hemodiálise, etc.), para retorno ao domicílio em casos de alta, e traslado em casos de óbito.

Geralmente, quando o usuário e/ou sua família têm condições de assegurar o deslocamento pós-alta hospitalar, assim procede sem precisar acionar o Serviço

Social. Porém, a maioria dos usuários do SUS não dispõe de tais condições, por isso recorrem ao Serviço Social, tanto para conseguir transporte do hospital para casa, quanto para traslado de corpos e para realizar exames e tratamento contínuos.

Embora nos últimos 10 anos, a SMS/Natal tenha estruturado um Programa de Assistência à Remoção Especial (PRAE), dada a grande demanda, prioriza o acesso a usuários em tratamentos prolongados, como hemodiálise, fisioterapia, quimioterapia, exclusivamente para munícipes de Natal. O Serviço Social aciona o PRAE e dependendo da fila, resolve se espera pelos serviços do PRAE ou se aciona outras alternativas.

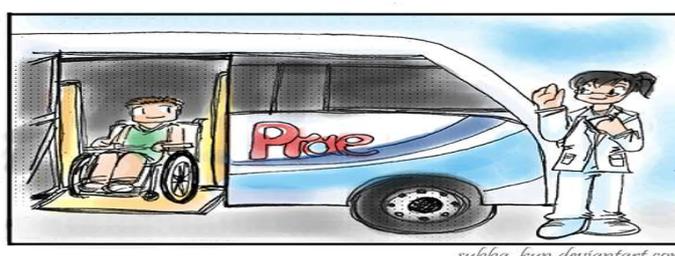


Ilustração 5 -: Usuário em cadeira de rodas utilizando transporte social.

Ocorre que a maioria das demandas pós-alta hospitalar, especialmente no que se refere ao retorno do hospital para o domicílio, não é coberta pelo PRAE, nem para os residentes em Natal. Assim, a maioria das demandas por transporte pós-alta hospitalar requerem que o serviço social articule familiares, amigos, vizinhos, lideranças comunitárias e fundações ligadas a vereadores e deputados.

No caso de pessoas do interior, recorre-se à carona nas ambulâncias, quando vêm deixar um paciente para internamento, retornam aos municípios com pacientes que tiveram alta.

Os assistentes sociais relatam que os usuários do interior ainda se deparam com a utilização clientelista da concessão de transporte para tratamento de saúde, pois as famílias que não votaram no prefeito têm dificuldades de conseguir vaga para realizarem consultas e exames fora do domicílio e que a maioria paga transporte, mesmo sem poder.

No entanto, apesar de relatarem essa situação, não há mapeamento dos municípios que praticam esse delito, nem registro de iniciativas de levar o caso ao Ministério Público, embora em algumas unidades os assistentes sociais orientem os usuários nesse sentido.

As dificuldades de acesso a transporte no cotidiano do SUS, além de ser mais um indicador do nível de pobreza da população<sup>114</sup>, revela o quanto essa questão não tem sido objeto de políticas públicas enquanto instrumento de equidade, voltado para facilitar o acesso aos serviços de saúde, como, por exemplo, já ocorre com a política de educação em que o transporte escolar vem cada vez mais sendo incorporado como instrumento de equidade. No caso da saúde, tem avançado bastante em relação aos serviços de locomoção e remoção em casos de urgência; já em relação ao acesso a transporte social para retorno ao domicílio pós-alta hospitalar e para tratamentos contínuos ainda é bastante negligenciado.

As demandas ao Serviço Social e respectivas respostas (atividades/providências), sintetizadas no quadro 4 e respectiva figura 6, revelam que, dependendo das condições de vida do usuário, do padrão de acesso ao sistema de seguridade social, a resposta a cada demanda pode comportar várias mediações, atividades, ações e providências, bem como contatos com diversas instituições.

<b>Quadro - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS A DESLOCAMENTO</b>			
<b>4 /LOCOMOÇÃO / DESLOCAMENTO / LOCOMOÇÃO</b>			
<b>DEMANDAS</b>	<b>ATIVIDADES/ PROVIDÊNCIAS</b>	<b>ÓRGÃOS / INSTITUIÇÕES ACIONADOS</b>	<b>NECESSIDADE DE SAÚDE A QUE SE VINCULA</b>
1. Obtenção da carteira de gratuidade em transporte coletivo para a realização de tratamento contínuo;	1.Encaminhamentos/orientações/ emissão de declaração; 2.Encaminhamento/ Orientação / Contato por telefone;	1)SEMOB/ SETRANS 2) DNR 3)Programa de Remoção e Transporte Social (PRAE);	Geralmente trata-se de facilitar o deslocamento para acesso aos serviços de saúde, evitando perda de consultas; exames; cirurgias;
2) passagens interurbana e interestadual, tanto para agilizar alta hospitalar, quanto para realizar tratamento ambulatorial fora de domicílio (TFD);	3) Aquisição de passagens; 4) Articulação de transporte junto ao setor de transporte de diversas instituições;	3) Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) 4) Secretaria Estadual de Assistência Social (SEAS)	E, para agilizar a alta hospitalar liberando leitos, bem como para agilizar a remoção de corpos pós-óbito (translado).
3) Transporte social;	d) Articulação de carona junto à família, vizinhança, empregador, políticos, lideranças comunitárias.	5) Articulação de Redes Socais/ familiares cuidadores. ONGs, e/ou	
4)Translado pós-óbito.			

<sup>114</sup> Observa-se que quando o usuário e/ou sua família têm melhor poder aquisitivo, o deslocamento é facilmente suprido pela família, sem constituir-se um problema.

A realização desse trabalho, exige análises acerca do nível de organização do SUS e do SUAS no município de origem, bem como rede de contatos do usuário (ONGS, associações, familiares, empregadores, vizinhança, etc.). Conforme se pode observar no fluxo exposto na figura 6, dependendo da demanda, o Serviço Social aciona diversas organizações. Entretanto, conforme os depoimentos a resposta é incerta, não há uma obrigatoriedade dessas organizações assegurarem tal serviço.



Embora essas demandas façam parte da rotina do trabalho do assistente social em todos os hospitais, observou-se que poucos profissionais conhecem as normas sobre a garantia de transporte e diárias para tratamentos realizados fora de domicílio. Tais lacunas, associadas à própria falta de uma definição e formulação de políticas mais consistente por parte dos gestores municipais, têm implicado em uma ação profissional pautada em soluções emergenciais e paliativas para conseguir transporte, a exemplo do que ocorre em relação a alimentos e abrigo para “pacientes” e acompanhantes.

Nos ambulatórios especializados e CAPS, há uma grande procura do Serviço Social por declaração para a obtenção de carteira para acesso a transporte gratuito para tratamentos prolongados.

Ressalte-se que uma das equipes de Serviço Social, de um Hospital em Natal, desencadeou uma ação formal de negociação junto ao Sindicato de Transporte Urbanos do Rio Grande do Norte (SETRANS/RN) e à Secretaria de Mobilidade Urbana-Natal (SEMURB), buscando definir uma conduta pactuada com o objetivo de agilizar a inclusão e a emissão das carteiras aos usuários do ambulatório do hospital. Essa atitude da equipe resultou em uma maior agilidade e simplificação dos procedimentos, revelando-se mais eficaz do que as soluções *ad hoc*. Constitui excelente exemplo de articulação intersetorial planejada, negociada, portanto, exemplo de como proceder em casos similares.

#### e) **RENDA MÍNIMA**

Trata-se de uma necessidade identificada pelos assistentes sociais, no momento da entrevista social, porém só se torna objeto de intervenção, no momento da alta hospitalar ou de necessidades especiais de acompanhamento ambulatorial contínuo, oportunidade em que o assistente social faz orientações gerais associadas às recomendações terapêuticas, reforçando a importância da alimentação e cuidados especiais para possibilitar a recuperação do paciente, o usuário e/ou seu cuidador tende a enfatizar suas dificuldades financeiras.

Ao identificar desemprego e baixa renda, o Serviço Social realiza orientações e encaminhamentos com vistas à inclusão em programas de garantia de renda mínima, tais como:

- ⇒ Programa Bolsa Família (PBF);
- ⇒ Benefício de Prestação Continuada (BCP);
- ⇒ Programas de qualificação profissional;
- ⇒ E, eventualmente, articula junto a programas de inserção no mercado de trabalho, em órgãos como o Sistema Nacional de Empregos (SINE) ou de acesso a crédito, inclusive dado o estado de saúde dos usuários.

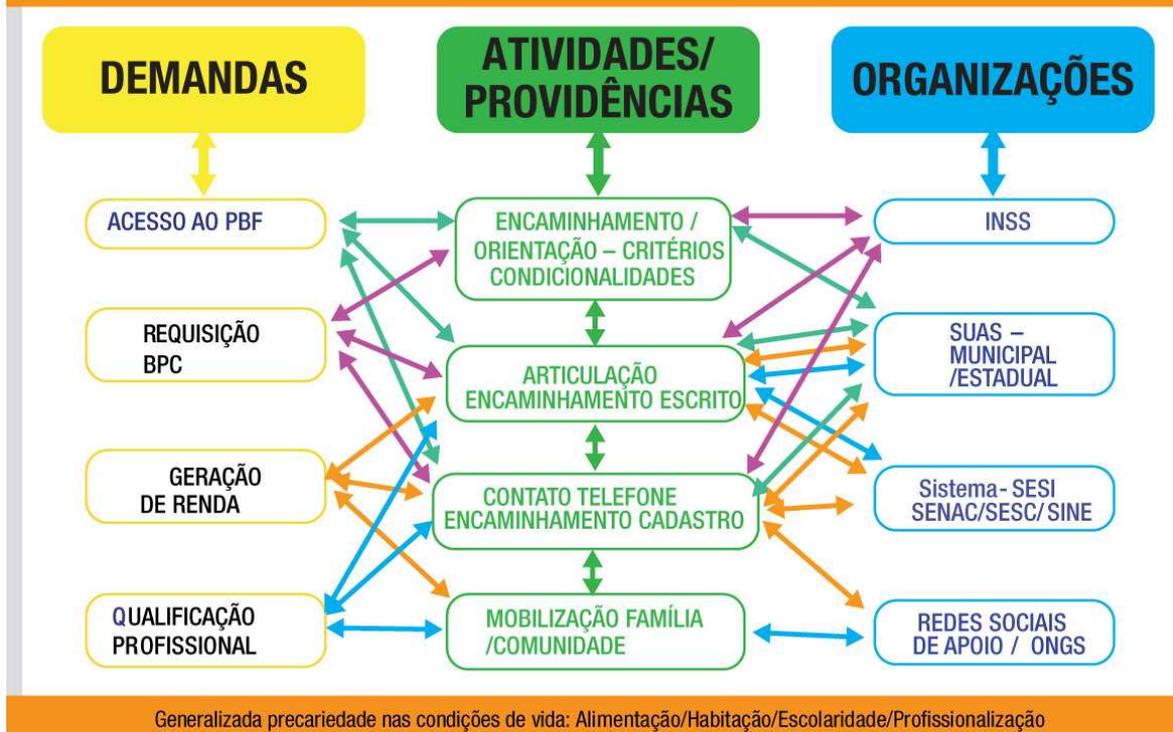
Se for considerado que o conjunto das necessidades de saúde envolve não apenas o usuário enfermo, mas a sua família, pode-se afirmar que a abordagem a família de um único usuário pode requerer várias orientações e encaminhamentos,

dentre os quais destacam as seguintes demandas relativas ao acesso à renda básica resumidas no seguinte quadro e respectiva figura:

<b>Quadro 5- DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS A ACESSO À RENDA BÁSICA</b>			
<b>DEMANDAS</b>	<b>ATIVIDADES/ PROVIDÊNCIAS</b>	<b>ÓRGÃOS / INSTITUIÇÕES ACIONADOS</b>	<b>NECESSIDADE DE SAÚDE A QUE SE VINCULA</b>
<p>1. Acesso ao PBF;</p> <p>2) Requisição do BPC;</p> <p>3) Acesso a programas de geração de renda;</p> <p>3) Qualificação Profissional;</p>	<p>1.Encaminhamentos orientações / providência de documentos necessários ao cumprimento das condicionalidades;</p> <p>2) Encaminhamentos orientações providência de documentos necessários;</p> <p>3) Encaminhamentos orientações e contatos por telefone Inclusão em programas de geração de renda;</p> <p>4)Encaminhamentos orientações e contatos por telefone do usuários ou algum membro da família que possa ficar responsável pelo sustento do usuário enfermo.</p>	<p>1)Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS)</p> <p>1.1) Secretaria Estadual de Assistência Social (SEAS);</p> <p>2) INSS;</p> <p>3)Sistema- SESI; SENAC SESC; SINE. Secretaria Municipal de Assistência Social; ONGs</p>	<p>Geralmente trata-se de usuários com um estado de saúde bastante comprometido por doenças passíveis de prevenção, tratamento e cura, através do acesso às condições básicas de vida.</p> <p>Portanto, constitui-se de famílias com baixíssima renda e generalizada precariedade nas condições de vida - habitação, alimentos, etc..</p>

Conforme representadas na figura abaixo, cada demanda pode exigir a realização de diversas atividades, ações e providências, além de contato com diversas instituições.

Figura 7 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS A RENDA BÁSICA



A CF de 1988 estabelece que deve ser garantida uma Proteção Social Básica a todos os cidadãos que se encontrem submetidos a risco social, como idade avançada, invalidez, desemprego involuntário, morte do cônjuge, maternidade, acidente de trabalho, reclusão e doença, buscando proteger as pessoas da miséria e mendicância. O artigo 6º da CF determina que o Estado brasileiro garanta assistência aos desempregados. Para tanto, uma das formas tem sido a garantia de uma renda básica, através do BPC, PBF e seguro desemprego.

O acesso ao BCP é muito restrito<sup>115</sup> e sua tramitação é lenta. Além disso, tanto em relação ao BPC, quanto ao PBF, a maioria dos que preenchem os requisitos têm dificuldades de acesso em função da insuficiência de recursos<sup>116</sup> destinados pelos governos, o que concorre para a lentidão do andamento dos processos. Portanto se faz necessário que o Serviço Social faça articulações

<sup>115</sup> Condicionado a critérios de idade, invalidez, deficiência e renda per capita de ¼ do salário mínimo.

<sup>116</sup> Embora os recursos destinados ao PBF venham tendo grande e progressivo aumento, desde a sua criação, proporcionalmente representando o maior investimento realizado na área social pelo governo Lula, o aprofundamento das desigualdades sociais, em função do desemprego estrutural, conforme Mota (2008), tem ampliado “a massa de trabalhadores supérfluos para o capital”. Assim, tem aumentado ainda mais o número de trabalhadores que passam a demandar e depender de programas como o PBF e BPC para sobreviver.

simultâneas com a rede socioassistencial para conseguir acesso a cestas básicas, abrigo, transporte, etc.

No caso de pessoas com transtorno mental, geralmente associada à pobreza absoluta, é muito comum o assistente social orientar a família para inserção no PBF e ao acesso ao BPC. No caso do BPC, o acesso é mais fácil quando, junto com o transtorno mental, a pessoa apresenta alguma deficiência física. E, ainda às inúmeras dificuldades de inserção no mercado de trabalho, a maioria das articulações são feitas no sentido de buscar inserção em programas de capacitação e geração de renda como parte do projeto terapêutico de ressocialização.

Com exceção do PID, em que o assistente social faz visita domiciliar permanente, até a alta do usuário, bem como dos CAPS, em que a articulação intersetorial faz parte do projeto terapêutico, o tempo de acompanhamento é longo e o envolvimento da família é mais consistente e presente, o assistente social, junto com a equipe, tem mais oportunidade de verificar em que medida o que foi solicitado foi atendido.

Nas demais unidades e serviços, sobretudo hospitais, maternidades e pronto atendimento, o Serviço Social orienta e encaminha, mas não consegue acompanhar o resultado, ou seja, se o usuário conseguiu acessar os serviços solicitados.

Quando indagadas sobre essa questão, as assistentes sociais que participaram do grupo focal, por unanimidade, afirmaram que na rotina do contexto hospitalar e pronto-socorro, as urgências e emergências absorvem totalmente o tempo de trabalho dos profissionais, não havendo condições operativas do Serviço Social fazer tal acompanhamento. Assim, raramente, a equipe fica sabendo se o usuário conseguiu ser atendido.

Note-se que os depoimentos sobre tais demandas foram permeados por comentários acerca da falta de acesso à atualização profissional sobre tais questões, de forma que os assistentes sociais têm que buscar conhecer a legislação e normatizações pertinentes sem qualquer apoio institucional dos órgãos formadores, do SUS e das demais organizações executoras de tais políticas.

#### **f) NECESSIDADES ESPECIAIS**

Trata-se de necessidades estritamente relacionadas às condições de saúde do usuário em tratamento, requerendo cuidados especiais, tais como pessoas que

perderam a capacidade de andar, acamados ou com necessidades de Órteses e Protéses. A maioria relaciona-se a necessidades de saúde que requerem assistência, em casos de:

- ⇒ Amputação de membros - causados por Diabetes Crônica ou acidentes;
- ⇒ Paraplégicos e tetraplégicos – causados por acidentes de trânsito, tiroteios;
- ⇒ Acidente Vascular Cerebral (AVC) – geralmente associado à falta de controle da hipertensão, doenças crônicas, estresse;
- ⇒ Ostomizados.

Essas situações, dentre outras, transformam-se em demandas por órteses e próteses – óculos, aparelhos auditivos, pernas, bolsas); cadeira de rodas; cadeira para banho; bengalas e muletas; colchão d'água; óculos; fraldas -principalmente geriátricas, etc. (Cf. Anexo - 2).

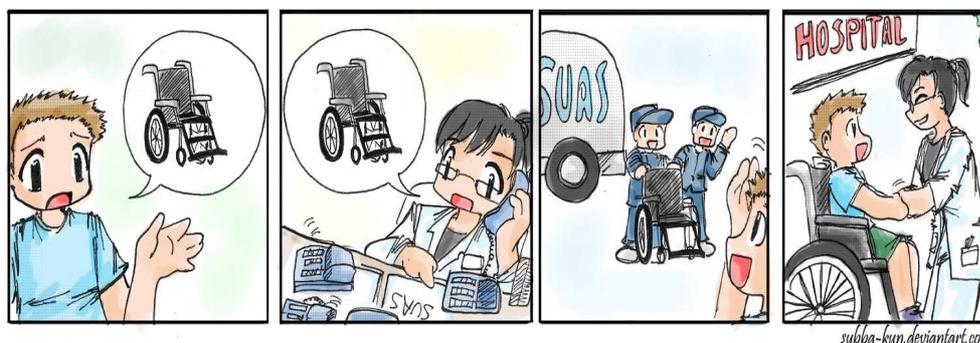


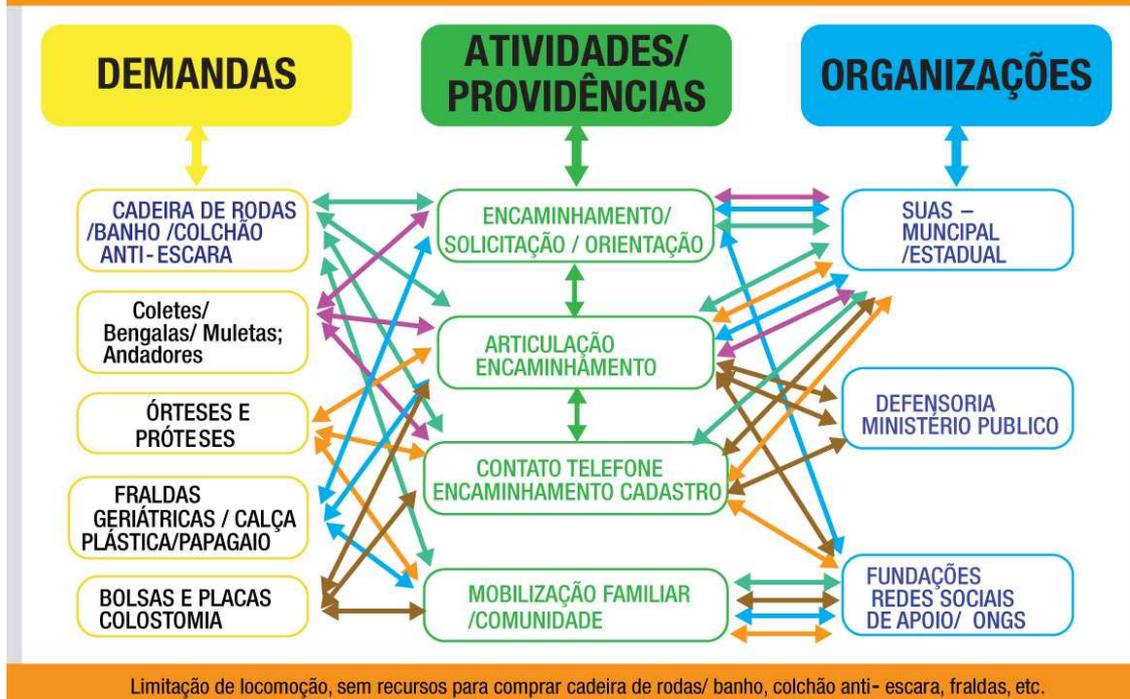
Ilustração 6 -: Usuário solicitando/recebendo cadeira de rodas.

Trata-se de demandas que envolvem tecnologias assistivas (Anexo 2). Chegam ao Serviço Social, através de solicitações da família e/ou dos profissionais de saúde, especialmente médicos, fisioterapeutas, enfermeiros. A rigor, tais profissionais identificam a necessidade técnica e informam ao Serviço Social, que, por sua vez, procura acionar a família, os órgãos responsáveis e/ou a rede institucional e/ou a rede socioassistencial. As principais demandas, atividades e organizações acionadas estão sintetizadas no seguinte quadro:

<b>Quadro 6 DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS A NECESSIDADES ESPECIAIS</b>			
<b>DEMANDAS</b>	<b>ATIVIDADES/ PROVIDÊNCIAS</b>	<b>ÓRGÃOS / INSTITUIÇÕES ACIONADOS</b>	<b>NECESSIDADE DE SAÚDE A QUE SE VINCULA</b>
1. Cadeira de rodas; Cadeira para banho; Colchão antiescaras (caixa de ovo inflável, ou espuma); Almofadas antiescaras (ar, gel e água); Suporte lombar (coletes); Bengalas e muletas; Andadores (com rodas, com bancos, fixo... 2) Órteses e Próteses; 3) Fraldas geriátricas / Calça Plástica; 4) Bolsas e placas de Colostomia; 5) Comadre, papagaio e curativos	1. Orientação, solicitação, encaminhamento por escrito, articulações por telefone, articulação com as redes sociais entidades, ONGs, familiares; 2. Encaminhamentos, orientações; 3) Fraldas geriátricas ou fraldas para tetraplégicos, recém-nascidos, etc.	1,2,3) SUAS - Secretarias Municipal Assistência Social; Secretarias Estadual Assistência Social; 2. SUS e SUAS; 1,2,4) Ministério Público; Poder Judiciário; 1,2,3,4) Instituições filantrópicas e privadas-ONGs, OCIPs, Fundações.	Geralmente trata-se de pacientes: ► acamados e/ou com alguma limitação de locomoção, sem recursos para comprar cadeira de rodas, para banho, colchão antiescara, fraldas, etc...

Cada vez mais associadas às violências em saúde o acesso a tais tecnologias assistivas vem se tornando uma condição fundamental para melhorar a qualidade de vida e saúde de usuários com necessidades especiais, no entanto conforme depoimento das assistentes sociais que participaram dos GF, ainda há muitas dificuldades de acesso na rede pública integrante do sistema de proteção social no RN, de modo que a maior parte das respostas dadas, invariavelmente, envolve articulações com a família e a rede socioassistencial filantrópica conveniada com o SUAS, conforme setas indicativas do fluxo abaixo representado.

Figura 8 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS A NECESSIDADES ESPECIAIS



Note-se que a aquisição de cadeira de rodas, cadeira de banho e colchão d'água para uso em domicílio requer articulações com a rede socioassistencial vinculada ao SUAS. Somente no caso de internação domiciliar o SUS assegura essas condições fora das unidades de saúde. Nos casos em que a necessidade permanece pós-alta hospitalar, o Serviço Social intensifica as articulações para que a aquisição seja exclusiva e permanente para aquele usuário, mais ainda é muito comum empréstimos e concessões provisórias.

As Órteses e Próteses são distribuídas pelo SUS, mas, dada a grande demanda reprimida, muitas vezes requer que o assistente social articule instituições filantrópicas não conveniadas com o SUS.

Na realidade o Serviço Social não tem dimensionado a frequência dessa demandas e não tem dados sistematizados acerca de tais necessidades, também não há registro de pactuação e planejamento articulado junto às instituições para onde frequentemente encaminham os usuários.

Além disso, não tem provocado discussões junto aos conselhos de saúde, assistência social sobre a responsabilidade, agilidade e planejamento da oferta respectivamente pelos sistemas de saúde e assistência social. Assim, prevalecem as soluções caso a caso.

## II - DEMANDAS NO CAMPO DO TRABALHO, PREVIDÊNCIA SOCIAL E SEGURO SOCIAL

As demandas no campo do trabalho, previdência e seguro social, desde questões concernentes às relações entre trabalho e saúde, envolvendo acidentes de trabalho, a incapacidade para o trabalho, auxílio-doença, natalidade, funeral, quanto envolvendo desemprego e doença, exigem providências junto à:

a) **Previdência social:** orientações e encaminhamentos para acesso a benefícios permanentes e benefícios transitórios:

a.1) Os **benefícios permanentes** são:

⇒ Aposentadoria por idade<sup>117</sup>- trata-se de idade avançada que inviabiliza trabalho remunerado, sendo de 65 anos para homens e 60 anos para mulheres urbanas; 60 anos para homens e 55 para mulheres rurais;

⇒ Aposentadoria por Invalidez<sup>118</sup>- vincula-se à perda da capacidade física ou mental para o trabalho remunerado;

⇒ Aposentadoria por tempo de Contribuição<sup>119</sup>- aposentadoria classificada como sem risco previdenciário;

⇒ Aposentadoria Assistencial aos pobres<sup>120</sup>- por idade avançada, a partir dos 65 anos, e em razão de pobreza absoluta, com renda mensal de até ¼ de salário per capita, conforme prevista no BPC;

---

<sup>117</sup> Condições de acesso até fevereiro de 2010: Ser segurado, ter cumprido carência – tempo mínimo de contribuição. Apresentar certidão de nascimento ou casamento, comprovante de tempo de contribuição, para urbanos e tempo de trabalho para rurais.

<sup>118</sup> Condições de acesso até fevereiro de 2010: Ser segurado, cumprir carência e realizar perícia médica.

<sup>119</sup> Condições de acesso até fevereiro de 2010: Comprovar tempo de contribuição, e submeter-se às restrições previstas pelo fator previdenciário.

<sup>120</sup> Condições de acesso até fevereiro de 2010: apresentar certidão de idade e comprovação de pobreza.

- ⇒ Aposentadoria Assistencial aos Inválidos<sup>121</sup> - relaciona-se à perda de capacidade física ou mental e renda familiar per capita de até ¼ de salário mínimo, conforme BPC;
- ⇒ Aposentadoria Especial<sup>122</sup> - vincula-se a tempo de trabalho na educação infantil e básica e ao tempo de trabalho com exposição a riscos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde;
- ⇒ Pensão por morte do segurado<sup>123</sup> - refere-se à perda de renda dos dependentes.

a.2) Os **benefícios transitórios** são:

- ⇒ Seguro Desemprego<sup>124</sup> - trata-se de um benefício da Seguridade Social por até 6 meses aos trabalhadores formais desempregados que tenham recebido salário nos últimos 6 meses;
- ⇒ Auxílio-doença<sup>125</sup>- refere-se à necessidade de afastamento do trabalho por incapacidade de trabalho por motivo de doença. Envolve orientações e contatos com a empresa, relacionadas ao afastamento do trabalho, encaminhamentos à perícia médica, e providências e orientações sobre Cadastramento da Comunicação de Acidente de Trabalho<sup>126</sup> (CAT), bem como em casos de identificação de doença ocupacional;

---

<sup>121</sup> Condições de acesso até fevereiro de 2010: Perícia Médica e comprovação de pobreza.

<sup>122</sup> Condições de acesso até fevereiro de 2010: Comprovar trabalho como professor (a) por 25 anos, para mulher, e 30 anos para homens. Em relação a trabalho insalubre comprovar trabalho de 15, 20 ou 25 anos.

<sup>123</sup> Condições de acesso até fevereiro de 2010: Comprovar condição de cônjuge ou filho(a) menor (dependente) do falecido(a).

<sup>124</sup> Condições de acesso até fevereiro de 2010: Carteira de Trabalho e Termo de Rescisão do Contrato de trabalho quitado.

<sup>125</sup> Condições de acesso até fevereiro de 2010: Ser segurado, 12 (doze) meses de carência e se submeter à perícia médica.

<sup>126</sup> O cadastramento da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é feito junto ao INSS, para facilitar e agilizar o registro dos Acidentes de Trabalho e das Doenças Ocupacionais, pelo

- ⇒ Salário Maternidade – em razão da perda de capacidade de trabalho pela necessidade de cuidar do filho, obrigatório por quatro meses (120 dias). Recentemente, foi aprovada uma Lei complementar assegurando que, por solicitação da trabalhadora (gestante, ou em casos de adoção), a licença-maternidade pode ser estendida por mais dois meses (60 dias);
  - ⇒ Auxílio Reclusão<sup>127</sup> - trata-se da incapacidade de trabalho por motivo de reclusão.
- b) **Seguradoras** – relacionam-se a orientações para obtenção de Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT), em caso de acidentes de trânsito<sup>128</sup>, seguros de vida, dentre outros;
- c) **Ministério do Trabalho / DRT, Sindicatos e Justiça do Trabalho** – consiste em encaminhamentos com vistas a esclarecer e dirimir questões trabalhistas, emissão e providências de documentos, preenchimento de formulários, etc.

Dentre os benefícios permanentes, no contexto dos serviços de saúde, as demandas que frequentemente chegam ao Serviço Social são necessidades de orientação e encaminhamento para a obtenção de aposentadorias por invalidez e de aposentadoria assistencial aos inválidos, idosos e portadores de deficiências.

Em geral, as demandas e articulações relacionadas a trabalho, previdência e seguros sociais podem ser sintetizadas conforme explicitado no seguinte quadro:

---

Empregador, havendo ou não afastamento do trabalho por parte do acidentado, porém requer que a família solicite ao órgão previdenciário.

<sup>127</sup> Condições de acesso até fevereiro de 2010: ser segurado e atestado de reclusão.

<sup>128</sup> Conforme previsto na Lei 6.194/74, o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causados por veículos automotores via terrestre. As situações indenizadas são por morte ou invalidez permanente. E, sob a forma de reembolso de despesas comprovadas com atendimento médico-hospitalar. Válidas para motoristas, passageiros e pedestres.

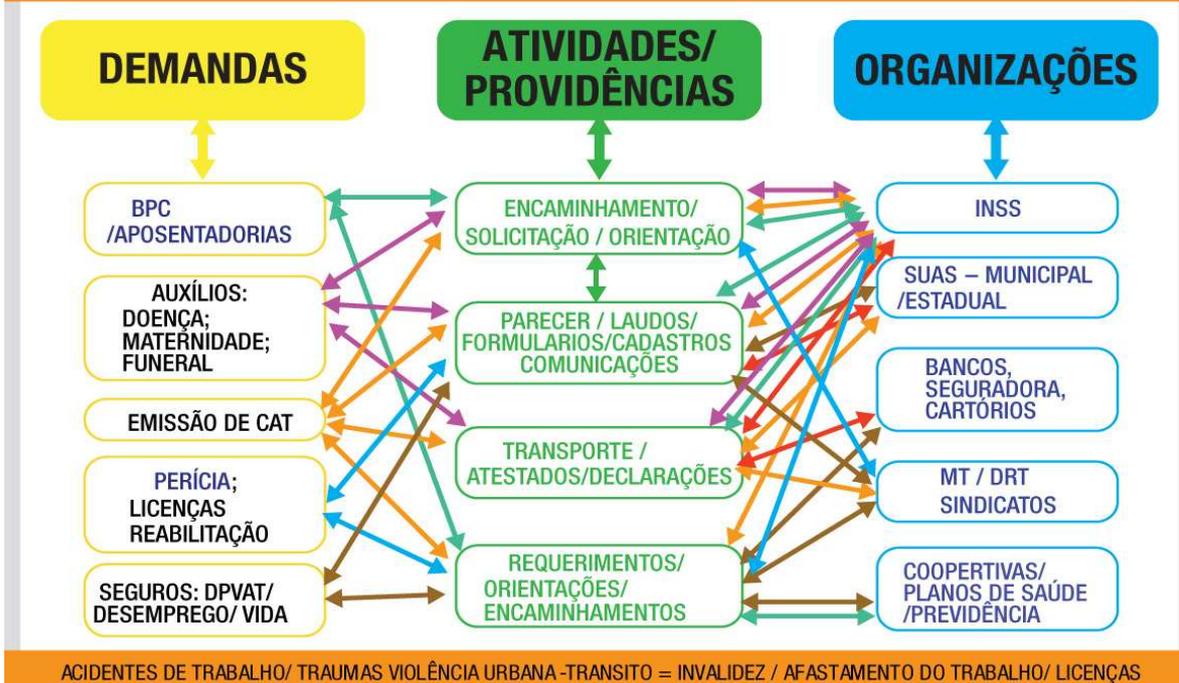
<b>Quadro 7 – DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS A TRABALHO, PREVIDÊNCIA E SEGUROS SOCIAIS</b>			
<b>DEMANDAS</b>	<b>ATIVIDADES/ PROVIDÊNCIAS</b>	<b>ÓRGÃOS / INSTITUIÇÕES ACIONADOS</b>	<b>NECESSIDADE DE SAÚDE A QUE SE VINCULA</b>
1. Acesso ao BPC;	1, Encaminhamentos /orientações / solicitações	1/2/3/5/8) INSS;	<p>Geralmente trata-se de enfermidades provocadas por acidentes de trânsito, acidentes de trabalho; violência doméstica e urbana contra crianças, adolescentes, idosos e mulheres.</p> <p>Traumas que provocam incapacidade para o trabalho, temporária ou permanente, exigindo condições especiais para o sustento do enfermo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando há vínculo empregatício requisita-se à garantia de direitos previdenciários.</li> <li>• Observa-se grande demanda pelo BPC em função do desemprego, dos baixos salários renda pobreza absoluta, para o agravamento do estado de saúde.</li> </ul>
2. Auxílio-Doença, Auxílio-Maternidade; Auxílio-Funeral e ataúde.	2) Providências de Laudo, emissão de parecer, preenchimento de formulários, orientações e encaminhamentos, providencia de documentos;	2) Colônia de Pescadores; 2/3/8) Sindicatos Rurais; 2/7)SEAS; SMAS; Empresas conveniadas - Casas Funerárias.	
3) Perícia Médica, Licença Médica, Licença Maternidade; Reabilitação;	3) Emissão de laudo, parecer, esclarecimento, providência de documentos;	3)Cooperativas e Plano de Saúde e Previdência;	
4) Emissão de CAT <sup>129</sup> ;	4) Preenchimento de formulário, encaminhamentos /orientações, comunicação junto à previdência e MT;	6) Bancos; Seguradoras; Cartórios;	
5) Aposentadoria por invalidez;	5) Encaminhamentos /orientações / solicitações;	6/8) Ministério do Trabalho /DRT.	
6) Seguros: DPVAT, seguros de vida;	6) Orientações , requerimento DPVAT, Preenchimento de seguros de vida, comunicação;		
7) Remoção temporária de pacientes, declarações, atestados;	7) Solicitação de transporte, emissão de declarações, agilizar atestados, providências junto ao INSS, seguradoras, bancos, cartórios,		
8) Seguro desemprego.	8) Encaminhamentos /orientações e requerimento de seguro desemprego.		

Conforme explicitado na figura 9, foi constatado que, cada demanda comporta diversas possibilidades de encaminhamentos, requer a realização de diversas atividades, providências e contato com várias instituições.

129

Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Figura 9 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES RELACIONADAS A TRABALHO, PREVIDÊNCIA E SEGUROS SOCIAIS



Note-se que as articulações realizadas pelo Serviço Social junto ao sistema de previdência social se concentram nos encaminhamentos para obtenção de aposentadorias assistenciais, por pobreza e invalidez, especialmente ao BPC, Exceto nos hospitais de trauma/ortopedia, onde se registra uma maior demanda por auxílio-doença, perícia médica, indenizações seguros, principalmente DPVAT.

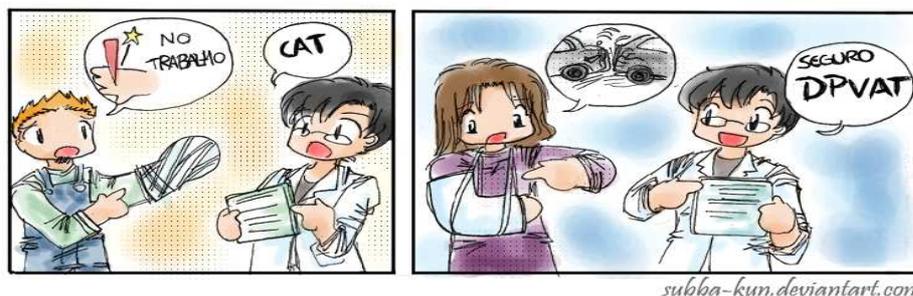


Ilustração 7 -: Demandas por assistência previdenciária e/ou seguros sociais.

Em relação às aposentadorias por invalidez, os assistentes sociais relatam que além da legislação ser muito restritiva e defasada, os médicos têm muitas resistência em emitir atestados detalhando o conjunto das doenças<sup>130</sup> que

<sup>130</sup> Muitas vezes determinado(a) usuário(a) tem várias doenças que juntas comprometem sua

impossibilitam o exercício de atividade laborativa remunerada. Tal detalhamento é fundamental para ampliar as possibilidades de um parecer favorável da junta médica do INSS.

Conforme depoimentos dos assistentes sociais, em função do desemprego estrutural, nos hospitais públicos, sobretudo nos leitos de clínica médica e saúde mental, tem se registrado, um aumento significativo do número de pessoas desempregadas e trabalhadores informais, sem vínculos com a Previdência Social. Muitas delas moradores de rua, elevando as demandas por recursos assistenciais, que não dependem de contribuição, tais como o BPC e o PBF. Face a essa realidade, o Serviço Social sempre necessita fazer articulações simultâneas com a rede socioassistencial.

Já no caso dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD), segundo os assistentes sociais que participaram desta pesquisa, verifica-se que vem ocorrendo um grande crescimento do número de usuários, em tratamento de saúde por alcoolismo, que têm vínculo empregatício, dentre os quais destacam-se operários e funcionários públicos. E, que tem aumentado os encaminhamentos aos CAPS, realizados por equipes de saúde de empresas privadas.

Esse dado indica a necessidade de investigar a relação as condições de trabalho, salário, a insatisfação com o trabalho realizado, falta de perspectiva, etc. Mas também indica o aumento do reconhecimento do alcoolismo como doença por parte dos empregadores ou a rejeição do convívio com pessoas com transtorno mental por álcool e outras drogas, cada vez mais comum no dia-a-dia das empresas e órgãos públicos.

Pelo que se pode observar, na experiência do Serviço Social nos CAPS-AD, a atenção aos trabalhadores com vínculo formal com a previdência social e com os empregadores extrapola as articulações para fins de licença para tratamento de saúde e reabilitação, avançando em direção à prevenção, haja vista que, ao realizar articulações diretas com os empregadores e respectivos prepostos (gerentes de RH e respectivos Departamentos e/ou Divisão de Saúde), os assistentes sociais

---

capacidade laborativa, embora não tenha uma doença específica prevista em Lei que lhe assegure aposentadoria por invalidez. Nesses casos, um atestado mais completo/detalhado influencia uma decisão da junta médica favorável ao pleito de aposentadoria por invalidez. Mas, segundo os assistentes sociais que participaram do grupo focal, a maioria dos médicos especialistas ignoram esse fato e preferem emitir atestados sumários. E, em alguns casos sequer dão tais atestados.

colocam em pauta não somente a necessidade de ampliar as possibilidades de ressocialização de trabalhadores em tratamento, mas também negociam a realização de atividades coletivas, como apresentação de corais com pessoas em processo de abstinência, geralmente precedidas de rodas de conversa e palestras de sensibilização e reflexões sobre o alcoolismo, como doença causada também por condições e relações de trabalho prejudiciais à saúde.

Esse trabalho, geralmente, envolve gerência e trabalhadores, com vistas à ampliação da solidariedade entre companheiros de trabalho, não apenas em relação ao caso em questão, mas na perspectiva da prevenção e redução de danos, inclusive com a criação de grupos de mútua ajuda terapêutica, programas e projetos patrocinados pelas empresas e organizações públicas e privadas, com vistas ao enfrentamento do alcoolismo e a discriminação dos usuários de álcool e outras drogas.

Sobre esse item, no geral, os assistentes sociais que participaram da pesquisa enfatizaram a necessidade de atualização sobre as mudanças ocorridas na legislação previdenciária, destacando que os contatos diretos com assistentes sociais do INSS, frequentemente, se fazem necessários para obter esclarecimentos antes de encaminhar os usuários.

Em geral, não há registros de negociação e planejamento entre gestão do SUS e gestão do sistema de previdência e assistência local, em prol da agilidade e ampliação da atenção, possibilitando maior efetividade da seguridade social, ou mesmo entre o setor de serviço social de tais sistemas.

Também, não se produzem relatórios explicitando a realidade dos usuários cujas necessidades encontram mais dificuldades de ser incorporadas<sup>131</sup>, inclusive a combinação de doenças que juntas provocam invalidez, mas não têm amparo na legislação previdenciária, embora seja fundamental para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos usuários do SUS.

### **III) SOCIOJURÍDICAS E DEFESA SOCIAL**

Constituem-se demandas relacionadas às violências em saúde<sup>132</sup>, enquanto

---

<sup>131</sup> Nem mesmo nos CPAS, onde a equipe de saúde e o Serviço Social apresentam um maior nível de sistematização do trabalho.

<sup>132</sup> Ao analisar dados da OMS, Minayo (2006, p. 260-261) afirma que todo ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas sofrem lesões não fatais, por causas violentas. Só no Brasil, na

expressão das mais diversas formas de violação dos direitos humanos envolvendo omissões, violência interpessoal, institucional, social, no trabalho, criminal e de resistência. Muitas vezes há violações cruzadas: discriminação racial associada à homofobia, gênero, raça e condições socioeconômicas. Em geral constituem-se violações de direitos e violências:

- ⇒ Contra os direitos humanos, especialmente: abandono, rejeição, cárcere privado, maus-tratos contra idosos, mulheres e crianças;
- ⇒ Violência de gênero: agressões físicas e psicológicas contra mulheres - agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados;
- ⇒ Violência no Trânsito;
- ⇒ Violência patrocinada pelo Tráfico de Drogas – assaltos, overdoses, chacinas;
- ⇒ Provocadas por consumo abusivo de álcool e outras drogas;
- ⇒ Transtornos mentais causados por assédio moral e sexual no trabalho – suicídios, queimaduras, etc...

Tais situações, muitas vezes, ocorrem de forma simultânea e/ou concomitante, transformando-se em demandas aos serviços de saúde com graves sequelas e/ou óbito decorrentes de:

- ⇒ Agressões interpessoais, físicas e psicológicas - fraturas, mutilações, queimaduras, transtornos mentais (depressão, pânico, traumas psicológicos diversos);
- ⇒ Acidentes de trânsito (traumatismos, perda de membros, paralisia); Agressões interpessoais por preconceito racial e/ou orientação sexual; coma alcoólica e overdoses por uso abusivo de álcool e outras drogas.

---

década de 1990, ou seja, no espaço de 10 anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes. Dessas vítimas, cerca de 400 mil faleceram por homicídios.....[..]. E, que no Brasil, desde o início da década de 1980, acidentes e violência constituem a segunda causa de óbito e, para a larga faixa de 5 a 39 anos, constituem o principal problema de vitimização que leva à morte. Entretanto, apesar de todas essas razões citadas, a inclusão da violência na pauta do setor saúde vem ocorrendo muito lenta.

Geralmente requerem medidas socioassistenciais, educativas, terapêuticas, com a decisiva participação da família e de organizações não governamentais, concomitante a articulações junto ao Sistema Sociojurídico e de Defesa Social, envolvendo as seguintes demandas, atividades e articulações.

<b>Quadro 8 – DEMANDAS E ARTICULAÇÕES COM O SISTEMA SOCIOJURÍDICO E DE DEFESA SOCIAL</b>			
<b>DEMANDAS</b>	<b>ATIVIDADES/ PROVIDÊNCIAS</b>	<b>ÓRGÃOS / INSTITUIÇÕES ACIONADOS</b>	<b>NECESSIDADE DE SAÚDE A QUE SE VINCULA</b>
<p>1) Proteção e defesa de vítima em casos de:</p> <p>1.1 abandono, maus-tratos, abuso sexual, violação de direitos da Criança e Adolescente;</p> <p>1.2 Abandono, maus-tratos, abuso sexual, violação de direitos do idoso;</p> <p>1.3 Violência contra a mulher – estupro, agressão física e psicológica;</p> <p>1.4) Violência urbana, / trânsito;</p> <p>2) Segurança e acesso à casa-abrigo a vítimas de violência urbana – tráfico de drogas, vítimas maus-tratos e abusos sexual;</p> <p>3) Serviços Especiais - Assistência a presidiários internados ou em tratamento de saúde;</p> <p>4) Assistência jurídica e social em casos de crimes cometidos por usuários de álcool e outras drogas.</p>	<p>1) Articulação, encaminhamentos, orientações e elaboração de parecer, providência de laudos, casa-abrigo, assistência jurídica;</p> <p>2 e 4) Casa-abrigo, assistência jurídica;</p> <p>Crimes cometidos por usuários de álcool e outras drogas. Serviço Social articula assistência jurídica, emite pareceres e conversa, argumenta junto a Juizes, Promotores, Defensores Públicos, Técnicos Judiciários sobre as particularidades e atenuantes a serem consideradas no julgamento.</p>	<p>1.1 SOS-Criança; Conselho Tutelar; Ministério Público; Vara da Infância e da Juventude;</p> <p>1.2-SOS- Idoso; Promotoria do Idoso; Defensoria Pública;</p> <p>1.3/1.4 /1.5 / 02 /03 /04 Defesa Social: ITEP, Delegacia da Mulher -DRM; Defensoria Pública; Vara Criminal; Vara de Família; Polícia Civil; Polícia Militar (PM); Delegacias de Plantão; Prática Forense; OAB; NOAC – Núcleos de Assistência Criminal - para conversas com Juizes e Promotores;</p> <p>ONGs e entidades e movimentos feministas, de mulheres;</p> <p>Comunidades terapêuticas; Grupos de Mútua Ajuda - Alcolólicos Anônimos; Alanon; NA – Narcóticos Anônimos, etc.</p>	<p>Geralmente trata-se de enfermidades provocadas por:</p> <p>► Acidentes de trânsito, acidentes de trabalho; violência doméstica e urbana contra crianças, adolescentes idosos e mulheres;</p> <p>► Uso abusivo de álcool e outras drogas.</p> <p>► Resultam em graves seqüelas físicas e psicológicas.</p> <p>► Requerem medidas sócio-assistenciais , educativas, terapêuticas.</p>

Observe a figura abaixo, acompanhando o sentido das setas de uma mesma cor, observe-se que uma mesma demanda pode exigir a realização de diversas atividades, ações e providências, bem como contato com diversas instituições.

Figura 10 - DEMANDAS E ARTICULAÇÕES COM SISTEMA SÓCIO-JURÍDICO E DEFESA SOCIAL



Constata-se que, frequentemente, essas demandas chegam ao Serviço Social através de solicitações dos profissionais de saúde, principalmente médicos, enfermeiros e psicólogos, destacando-se os casos de violência doméstica e de gênero. Esse tipo de demanda encaminhada por profissionais vem aumentando nas unidades que implantaram Núcleos de Vigilância em Violências, especialmente a Violência Doméstica, a partir dos quais tem ampliado as possibilidades da equipe identificar danos à saúde relacionados a violências.

Porém, quando a atenção à vítima requer providências, contatos e encaminhamentos externos à unidade de saúde, quer para outras unidades de saúde, quer para outras instituições, encaminha-se imediatamente ao Serviço Social, conforme relatam os assistentes sociais que participaram dos grupos focais:

⇒ Quando os médicos ou enfermeiros identificam casos de maus-tratos e/ou agressões a idosos, crianças e mulheres, procuram o Serviço Social para conversar sobre o caso, porém não se envolvem com as providências a não ser a emissão de laudo, muitas vezes, após muita insistência do assistente social. Assim, invariavelmente, os contatos e

providências junto a delegacias, ITEP/RN, Polícia (Civil e Militar), Promotoria, Defensoria Pública, Judiciário, Conselho Tutelar, casa-abrigo, etc.. ficam sob a responsabilidade do Serviço Social;

⇒ Mas, ainda há muitos casos tratados apenas como fratura, ferimento físico, os quais, só a partir de uma escuta qualificada o assistente social junto com psicólogos identificam que são consequências de violência doméstica e/ou de gênero. Porém, a iniciativa e ação concreta de articulação intersetorial são atribuídas ao assistente social.



Ilustração 8 -: Assistente social aciona SOS-Criança / DRM em casos de violência doméstica

Essa atribuição conferida ao Serviço Social também é identificada por profissionais de órgãos externos ao SUS, como, por exemplo, foi observado que as equipes do SOS Criança e do Conselho Tutelar quando chegam às unidades de saúde, especialmente em hospitais e prontos-socorros para agilizar algum caso que depende de laudo, cópias de prontuários, etc., se dirigem diretamente ao Serviço Social. O mesmo ocorre com a Polícia Militar (PM), em casos de presidiários internados, ou qualquer ocorrência que necessite contato entre PM e unidade de saúde.

É muito comum demandas ao ITEP, como, por exemplo, para exame de corpo de delito, cuja necessidade é identificada por médicos e enfermeiros, mas o contato, a articulação, orientação à família e acompanhamento do caso são feitos pelo assistente social.

O atendimento de demandas de caráter socioassistencial, que envolve a atenção à saúde de pessoas vítimas de violência doméstica, quase sempre, é

articulado envolvendo conselhos tutelares, promotorias (da infância e da juventude, do idoso), delegacia especializada e organizações de defesa dos direitos da mulher.

Geralmente, requer muito cuidado ao envolver a família, principalmente em se tratando de suspeitas de negligência e/ou de autoria da violência. Por essa razão, demanda visita domiciliar em caráter de apuração e não apenas com vistas a prestar assistência social, que muitas vezes aponta a necessidade de investigação policial e mediações sigilosas e/ou mais complexas. Portanto, são mediações que exigem articulação concomitante de várias unidades de saúde, órgãos e profissões, bem como conhecimentos básicos sobre legislação, protocolos e procedimentos específicos sobre cada tipo e formas de expressão das situações de violência.

Mais que isso, requer um domínio sobre as temáticas, uma vez que há diversas correntes de análise e abordagem, conforme a concepção teórico-metodológica que a informa.

Entretanto, observa-se que a exemplo dos demais profissionais de saúde, os assistentes sociais, no contexto do SUS, têm avançado no saber/fazer na atenção a vítimas de violência, mas ainda têm pouco domínio teórico-metodológico sobre as violências e saúde, enquanto questão social que se transforma em questão de saúde pública<sup>133</sup>, dentre as quais violência urbana, violência de gênero, doméstica e sexual, dentre outras. Da mesma forma pouco debatem questões como tendência ao envelhecimento, aborto, homofobia, etc.

De acordo com Minayo (2006, 262),

na área da saúde, no país, a consideração do tema da violência e da criminalidade vem se fazendo de forma fragmentada e progressiva, Primeiramente os pediatras, epidemiologistas e psiquiatras trouxeram o problema ao debate, embora enfermeiras, assistentes sociais e demais profissionais do campo da assistência à saúde tivessem consciência dele.

Note-se que os assistentes sociais destacaram a necessidade de atualização profissional e oportunidade de debates sobre tais questões, inclusive sob pena de analisar os casos com base em abordagens empíricas, enfoques

---

<sup>133</sup> Segundo Minayo (2006, 260), em sua origem e manifestações, a violência é um fenômeno socio-histórico e acompanha toda a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública. Transforma-se em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor.

reducionistas e dar respostas às demandas, privilegiando os aspectos burocráticos, legais.

Na realidade dos CAPS-AD, a exemplo das demais unidades, as articulações com vistas à obtenção de assistência jurídica, providências e juntada de atestados, laudos e pareceres têm sido atribuídas ao Serviço Social.

Embora qualquer profissional de nível superior, membro da equipe de saúde dos CAPS-AD, tenha condições para fazer articulações junto ao poder judiciário para explicar e discutir casos, oferecer argumentos e subsídios para defesa dos usuários de álcool e outras drogas, no sentido da discriminalização e sua qualificação como doença mental, no dia-dia dos serviços de saúde mental, essa tarefa tem sido delegada aos assistentes sociais.

Não só nos CAPS-AD, mas em qualquer unidade de saúde, as articulações junto ao poder judiciário e ao sistema de defesa social são encaminhadas ao Serviço Social. Porém nos CAPS, há um diferencial em relação às demais unidades, pois as demandas e articulações de natureza intra/intersetorial integram o projeto terapêutico e constituem objeto de discussão e consenso na equipe de saúde mental.

Trata-se de uma abordagem ampliada da clínica, onde o perfil dos usuários é traçado, servindo de base para a atuação da equipe, inclusive para a ampliação de novas escutas, identificação de problemas, acolhimento das necessidades de usuários, cuidadores e familiares, que, junto com a equipe, buscam enfrentar as situações ligadas à doença mental e seus determinantes.

Conforme explicita o relatório de gestão acerca da Política Nacional de Saúde Mental (2003-2009, p. 28), o uso de álcool e outras drogas, por tratar-se de um tema transversal a diversas áreas: saúde, justiça, educação, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas.

Essa dimensão intersetorial vem cada vez mais fazendo parte do projeto terapêutico nos serviços substitutivos de saúde mental, sendo apontada pelas diversas tendências que compõem Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP), como central para o tratamento e recuperação da saúde mental. Nesse sentido, a I Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial será realizada em junho de 2010, envolvendo vários órgãos, ministérios, instituições e movimentos sociais.

De fato, nos serviços substitutivos em Natal, as articulações junto à rede de serviços de natureza intersetorial é mais sistematizada, permeada por pactuações prévias. Há muito mais articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias, do que nas demais unidades e serviços de saúde, porém, conforme os relatos, poderiam avançar ainda mais se houvesse melhores condições objetivas de trabalho, tanto em termos de infraestrutura material, quanto pessoal do quadro efetivo, inclusive novas profissões tais como musicoterapeuta e arte-educador.

“Nos serviços substitutivos de saúde mental cada usuário é atendido a partir de um projeto terapêutico, discutido por todos os profissionais, procuramos desenvolver atividades voltadas para a ressocialização, envolvendo usuários e familiares, discutimos tanto em equipe, quanto a equipe e usuários em reuniões, sempre tentamos buscar as soluções juntos, fundamos uma associação de profissionais, usuários e familiares, mas é muito difícil, principalmente porque nos faltam condições objetivas para trabalharmos na perspectiva da clínica ampliada.” [...]

[...] um de nossos maiores problemas é conseguir estrutura para realizar atividades extra- muros, envolvendo produção artística e cultural, música, dança, pintura, bem como reais oportunidades de trabalho e geração de renda, é muito raro conseguir incluir uma pessoa com transtorno mental, no mercado de trabalho, há muitas restrições e preconceitos... [...] Nos anos 2000 houve um retrocesso, tivemos poucas condições objetivas, levamos os problemas aos conselhos de saúde, fizemos denúncias, mas infraestrutura continua muito aquém, nos empurrando para o ambulatório tradicional...consulta, medicamentos....[...]. Até isso tá difícil... estamos com as equipes dos CAPS desfalcadas, não só de médicos psiquiatras, mas dentre outros profissionais...estão faltando assistentes sociais. É que financeiramente não é vantagem ficar nos CAPS.... A saúde mental continua ilhada, sem conseguir conexões na própria rede SUS..[...]

Entretanto, mesmo nos referidos serviços substitutivos essas articulações ,com os movimentos sociais e populares, ainda não avançam na perspectiva de potencializar a participação e influência desses segmentos organizados junto aos espaços e processos de elaboração de planos estratégicos dos estados e municípios. Elas deveriam avançar principalmente no espaço dos conselhos de saúde nos momentos de apreciação do(a) PPA, PA e PPI, Relatórios de Gestão, fundamentais para a garantia de recursos na previsão orçamentária, avaliação das ações realizadas e análise propositiva na perspectiva da defesa e promoção de direitos a partir do fortalecimento dos espaços de controle social. Assim, em geral, também abrange mais o espaço da micropolítica.

Mesmo nas experiências embasadas em uma concepção ampliada de saúde, com algumas ações voltadas para intervenções no campo da saúde coletiva,

as equipes de saúde e particularmente, os assistentes sociais não produzem relatórios acerca da realidade dos usuários, no sentido de subsidiar as instâncias de controle social do SUS e demais políticas sociais com as quais realizam articulações mais frequentes, com vistas à incorporação de demandas, propostas e questões para debate<sup>134</sup>, o qual certamente daria visibilidade ao grande trabalho realizado.

### 3.2 OS SIGNIFICADOS DAS ATIVIDADES DE NATUREZA INTERSETORIAL REALIZADAS PELOS ASSISTENTES SOCIAIS

De modo geral, os dados da pesquisa possibilitam visualizar claramente que as demandas ao Serviço Social, no campo da intersectorialidade têm uma estreita relação com as precárias condições de vida da população e o aprofundamento das desigualdades sociais, cuja solução extrapola as competências exclusivas da política de saúde vigente no Brasil. Portanto, revelam que a maioria da população usuária do SUS chega aos serviços de saúde com agravos à saúde, associados aos desrespeitos aos mais elementares direitos humanos e sociais.

A rigor, as precárias condições de vida da população, enquanto expressões da questão social, segundo Iamamoto e Carvalho (1982), traduzem o impacto do conjunto das desigualdades inerentes a sociedade capitalista, cujas determinações econômicas, políticas e culturais incidem de forma distintas sobre as classes sociais.

Além disso, tais demandas relacionam-se diretamente à forma como a política de saúde e o próprio SUS vêm sendo implementados e organizados, centralmente estruturados, para atender às condições agudas, embora o perfil epidemiológico seja combinado com predominância das condições crônicas<sup>135</sup>.

---

<sup>134</sup> Necessidade tais como: casas de passagem para adultos moradores de rua; discussão acerca das leis criminais de drogas e implementação de dispositivos legais para a equidade do acesso dos usuários de álcool e drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos, de acordo com prioridades locais e grau de vulnerabilidade; movimentos pró-revisão da lei que permite demissão por justa causa em empresas que constatarem o uso de drogas por funcionários.

<sup>135</sup> Instala-se um verdadeiro paradoxo: altos índices de morbidade/mortalidade infantil por doenças infectocontagiosas, desnutrição x morbidade/mortalidade por doenças crônicas degenerativas (associadas ao aumento da expectativa de vida) e por causas externas – violências, acidentes, etc.

Assim, as unidades de urgência e emergência têm sido ampliadas, cada vez mais permeadas por sofisticadas tecnologias, sem superar a baixa capacidade de organização e efetividade da atenção básica, sobretudo as ações voltadas para a prevenção e promoção, bem como sua desarticulação com a atenção ambulatorial especializada; portanto, muito longe de priorizar atenção integral moldada pela intersetorialidade. (BRASIL, 2006, p.121).

Essa situação tem uma clara com a contrarreforma na saúde, a qual se caracteriza pela ampliação da assistência curativa individual, emergencial e hospitalocêntrica, centrada na produção de procedimentos de alto custo, utilizando o imperativo da universalização do acesso para expandir a compra de serviços junto ao setor privado conveniado, dinamizando o setor saúde como um dos mais lucrativos e seguros espaços de reprodução ampliada de capital.

O conjunto das discussões nos grupos focais enfatizaram que a maioria dos internamentos de pessoas com doenças crônicas vêm precedidos de uma série de dificuldades de acesso à atenção básica e a serviços ambulatoriais especializados, tais como acesso a medicamentos, consultas e exames, dentre os quais destacam-se as seguintes especialidades: psiquiatria, cardiologia, oftalmologia, neurologia, nefrologia. Da mesma forma, pós-alta hospitalar encontram dificuldades de acesso nas citadas clínicas, revelando que o sistema ainda precisa melhorar a articulação de sua rede para efetivar o princípio da integralidade.

Essa avaliação corrobora a análise do Ministério da Saúde (Brasil, 2006), quando afirma que um dos problemas do SUS é que não está estruturado para atender as condições crônicas, ou seja, as atende na mesma lógica das condições agudas, e, dessa forma:

- ⇒ Utiliza, preferencialmente tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos;
- ⇒ Estrutura-se como atenção à demanda espontânea, geralmente tendo as unidades ambulatoriais de pronto atendimento ou de internação hospitalar como efetiva principal porta de acesso ao sistema;
- ⇒ Indiferente à necessidade de vigilância à saúde de forma sistemática e contínua, bem como aos determinantes e condicionantes das doenças e agravos, que exigiriam planejamento e práticas intersetoriais.

Na realidade, ainda não desenvolveu cuidados inovadores para atender às condições crônicas, que requerem combinar de forma permanente cuidados básicos com cuidados especiais, não só para prolongar a vida, mas para prevenir riscos, reduzir danos e melhorar a qualidade de vida. Essa forma de intervir requer criar uma ampla e sólida articulação de rede intra/intersectorial, na perspectiva de possibilitar atenção integral e universal.

Desse modo, para aumentar a resolutividade da atenção às enfermidades associadas ao aumento da expectativa de vida, em relação às pessoas com deficiências e às vítimas das diversas formas de violências, o SUS, em parceria com as demais políticas sociais, precisa organizar a atenção dotando-a de capacidade para desenvolver aptidões socialmente construídas, através do acesso a tecnologias sociais assistivas<sup>136</sup>, capazes de facilitar e possibilitar a capacidade de mobilidade, autonomia e convivência com limitações para pessoas portadoras de necessidades especiais, e/ou em situação de vulnerabilidade social, idosos, pessoas acamadas, etc.

Observe-se que a maioria das demandas colocadas ao Serviço Social constituem-se de emergências sociais, extremamente vinculadas à forma e à lógica como os serviços de saúde têm atuado sobre os problemas de saúde, em geral centradas e relacionadas às seguintes doenças e agravos:

- a) Doenças crônicas - como diabetes e hipertensão (relacionam-se ao estilo de vida, ao desemprego, à obesidade, aos maus hábitos alimentares), que geram amputações/mutilações e provocam cardiopatias, doenças renais e AVC;
- b) Doenças agudas – como AVC, Cardiopatias (relacionam-se à idade e ao estilo de vida, prevalecendo os idosos, geralmente fumantes ou ex-fumantes, maus hábitos alimentares, desemprego);
- c) Doenças resultantes da violência urbana e doméstica – paraplégicos e tetraplégicos (vítimas, em geral jovens, de acidentes de trânsito, balas, espancamento).

---

<sup>136</sup> As tecnologias assistivas consistem no desenvolvimento de tecnologias sociais, com vistas à melhoria da qualidade de vida e saúde de pessoas vivendo com necessidades especiais, acamados, idosos, etc., envolvendo desde rampas, ônibus com elevadores e outros recursos de acessibilidade e equidade, óculos, lentes, equipamentos, alimentos especiais, mudanças nos domicílios - banheiros, pisos, informações claras, objetivas e acessíveis, de forma que possa prevenir e reduzir riscos ou atenuar as consequências de danos causados (políticas de redução de danos).

Como se pode observar no item 3.1, sintetizados nos quadros 1 a 8, a maioria das atividades realizadas pelos assistentes sociais, que envolvem articulações intersetoriais, se concentram nas condições agudas, atuando emergencialmente nas tensões, contradições e conflitos que envolvem necessidades de saúde diversas, com predominância das doenças crônicas e um sistema de saúde hegemonicamente estruturado para atender às condições agudas.

As demandas colocadas ao Serviço Social revelam que, além de não usufruírem de seus direitos humanos, sociais e trabalhistas básicos, na realidade do SUS, os usuários ainda se deparam com ações centradas na produção de procedimentos ofertados de forma fragmentada e especializada, abstraídos de uma concepção de totalidade e práticas moldadas pela integralidade e intersetorialidade.

Nessa lógica, dados os inúmeros problemas de organização do conjunto das políticas sociais brasileiras, particularmente a ausência de um efetivo e articulado Sistema de Seguridade Social, expresso na atuação praticamente isolada do SUS para atender às necessidades de saúde em sentido ampliado, o Serviço Social, também de forma emergencial, tem realizado articulações intra/intersetoriais para suprir necessidades sociais básicas que afetam diretamente a saúde dos usuários, dentro e fora do sistema de saúde.

Assim, tudo o que diz respeito ao acesso dos usuários a políticas e serviços sociais que interfere no processo saúde/doença e em geral compromete o processo de trabalho em saúde, transforma-se em demandas ao Serviço Social.

Os dados revelam, portanto, que, na ausência de políticas sociais universais e intersetoriais, particularmente de uma política de saúde formulada, executada e avaliada a partir de uma concepção ampliada de saúde, as demandas de natureza intersetorial não deixam de se manifestar, exigem respostas, que, no campo da micro-política do processo de trabalho em saúde - cotidiano do SUS -, vêm sendo realizadas como atividades do Serviço Social.

Tais dados também explicitam que, no cotidiano do SUS, o papel do Serviço Social tem uma condição semelhante à da assistência social no conjunto das políticas sociais. Isto é, termina incorporando como objeto de sua ação, grande parte das necessidades não contempladas no planejamento das demais políticas setoriais. No caso do Serviço Social na saúde, além de incorporar ações não contempladas pelos demais sistemas e serviços sociais, termina incorporando também ações não

percebidas, não apreendidas, não captadas ou mesmo rejeitadas pelos demais profissionais de saúde.

Ressalte-se que dentre as demandas de caráter intersetorial, colocadas ao Serviço Social no SUS, predominam as necessidades de articulações junto à rede SUAS e a outras organizações prestadoras de serviços de assistência social, mesmo que não vinculadas ao SUAS.

Esse dado, além de revelar a desarticulação intersetorial entre o SUS e o SUAS, chama a atenção para a necessidade de debate acerca das fragilidades da interface entre saúde e assistência e da organização dos referidos sistemas para efetivarem a integralidade da atenção, sobretudo, sinalizando pontos de estrangulamento da política de assistência social. A demora e as limitações para acesso ao PBF, expressas nas inúmeras situações em que o Serviço Social constata que o acesso à renda asseguraria a continuidade da recuperação de determinado enfermo pós-alta hospitalar, mas a demora para inclusão no PBF, no mínimo de seis meses após o cadastro, imputa ao SUS um novo internamento e ao usuário, muitas vezes, a própria morte.

Concomitantemente, observa-se que são raros os encaminhamentos de usuários e/ou familiares a empresas e instituições com vistas à inserção no mercado de trabalho. Talvez não apenas em razão da explícita restrição às possibilidades de emprego, mas também pode indicar que o direito ao trabalho está deixando de ser visto como o principal meio de provisão do sustento e acesso ao consumo, conforme bem coloca Mota (2008).

A predominância das articulações com a rede de assistência social, também revelam que a política de assistência social vem absorvendo de forma emergencial, várias demandas decorrentes do aprofundamento das desigualdades sociais e concomitante negação dos direitos humanos e sociais básicos, ainda predominante na sociedade brasileira, transitando entre as políticas de habitação; segurança alimentar; garantia de emprego e renda; renda mínima; geração de renda; qualificação profissional.

Nesse sentido concordamos com Mota (2008, p.144), quando afirma:

Ao absorver as demandas derivada do agravamento das condições de vida da população brasileira através de políticas compensatórias, como é o caso da Assistência Social, o Estado brasileiro define sua principal estratégia de enfrentamento da "questão social". Nestes termos, a Assistência Social passa a assumir, para uma parcela significativa da população, a tarefa de

ser a política de proteção social e não parte da política de proteção social. Na conjuntura atual, esta dimensão compensatória é redimensionada em função do crescimento do desemprego e das massas de trabalhadores supérfluos para o capital. Como tal, a assistência social está assumindo um papel na esfera da proteção social que termina por suprir necessidades que seriam do âmbito de outras políticas e constitutiva de uma luta que mobiliza os trabalhadores desde os idos do séc. XIX, o direito ao trabalho.

Note-se que a maioria das demandas colocadas ao Serviço Social de natureza intersetorial, no âmbito do SUS, no campo da Assistência Social, Previdência Social, campo sociojurídico, ainda que não sejam mediados pela ideologia da ajuda, revelam que:

- ⇒ O sistema de seguridade social brasileiro não vem se constituindo um sistema de proteção social integrado e universal. Ao contrário, tem sido marcado pela expansão fragmentada, conjugando/ combinando duas estratégias distintas: a mercantilização dos serviços sociais para os cidadãos-consumidores e a expansão de políticas sociais compensatórias, para os cidadãos-pobres, cujo acesso se dá por condicionalidades, conforme destaca Mota (2008);
- ⇒ A concepção ampliada de saúde não tem sido efetivamente incorporada ao planejamento e ao conjunto das práticas em saúde, reduzindo as possibilidades de abordagens, na perspectiva da totalidade, que considerem e atuem sobre os determinantes e condicionantes da saúde, as quais, por sua vez, exigiriam abordagem intersetorial;
- ⇒ A intersetorialidade não constitui uma efetiva diretriz política, planejamento e práticas em saúde no contexto do SUS. Ao contrário, se reduz a ações emergenciais, muitas vezes improvisadas, não consideradas como objeto de atuação da maioria dos profissionais da equipe de saúde. Por isso, as principais necessidades de saúde que requerem abordagem intersetorial são respondidas com atividades dirigidas a indivíduos, caso a caso. E, dessa forma, vêm sendo assumidas pelos assistentes sociais como atividade e não como diretriz estratégica.

As sínteses feitas no final das sessões dos grupos focais convergiram para o entendimento de que se os processos de trabalho em saúde, o modelo assistencial e gerencial, estivessem estruturados com base no conceito ampliado de saúde, as demandas de corte intersetorial, certamente, seriam objeto da ação simultânea da equipe de saúde.

Ao tratar a questão das ações de articulação da equipe de saúde a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais, os parâmetros para atuação de assistentes sociais na política pública de saúde, torna evidente que cabe ao assistente social, realizar em conjunto com a equipe de saúde (médico, psicólogo e/ou outros), o atendimento à família e/ou responsáveis, em casos de óbito, cabe a este profissional esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença), e aos seguros sociais (DPVAT), bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, traslado, entre outros direitos.(Cf. CEFESS, 2010).

Porém, no atual contexto dos serviços públicos de saúde, as necessidades de saúde e/ou qualquer necessidade dos usuários, que ultrapassem o que está previsto nos procedimentos autorizados e parâmetros de produtividade, terminam sendo encaminhadas e/ou delegadas ao Serviço Social, entre essas necessidades, destacam-se as demandas de natureza intersetorial, cujo trabalho realizado, dada a falta de articulação intersetorial como estratégia de gestão do sistema, no campo da intersetorialidade, vêm sendo demandadas e tratadas caso a caso de forma emergencial, fragmentada e restrita ao campo da micropolítica do processo de trabalho em saúde.

Ressalte-se que, mesmo nos serviços substitutivos de saúde mental (em Natal), onde se tem registrado experiências exitosas de trabalho em equipe na perspectiva da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, ancoradas na concepção ampliada de saúde, inclusive avançando em práticas interdisciplinares e transdisciplinares, em que se incluem as articulações intersetoriais, a concretização da ação, isto é, o trabalho de articulação, propriamente dito, é atribuído ao assistente social.

As questões que se colocam referem-se à direção social dessa resposta: se gera novos direitos e/ou apresenta potencial de gerar novos direitos ou limita-se a uma atenção caso a caso, *ad hoc*<sup>137</sup>.

A rigor, trata-se de analisar até que ponto, ao responder tais demandas, o Serviço Social privilegia estratégias de “regulação *ad hoc*”, reduzindo problemas e situações que se repetem como se fossem excepcionalidades, como casos solucionados de forma improvisada. Ou se as respostas, dadas pelo Serviço Social, “longe do imprevisto e da excepcionalidade, incorporam as necessidades dos usuários como parte da dinâmica dos serviços”. Em outras palavras, se constituem um movimento de incorporação das necessidades não atendidas e não previstas, como um meio de geração de novos direitos e de normas de funcionamento adequadas às reais necessidades dos usuários e do fortalecimento do SUS como política pública universal. (COSTA, M., 1998).

Dado o aprofundamento das desigualdades sociais e os limitados avanços na seguridade social brasileira, não é à toa que no cotidiano do SUS, dentre as mediações realizadas pelos assistentes sociais, a maioria envolve ações e atividades que podem ser qualificadas de natureza intersetorial, geralmente relacionadas a orientações, encaminhamentos e articulações junto a outros sistemas e serviços sociais, dentre os quais destacam-se os sistemas de previdência, assistência social, habitação, defesa social, etc., e, ainda a redes socioassistenciais filantrópicas e privadas, bem como ao Ministério Público e ao Poder Judiciário.

Nesse contexto de produção dos serviços de saúde, quando não se sabe o que fazer ou a quem recorrer, encaminha-se ao Serviço Social. Assim, o atendimento de algumas das necessidades mediatas e imediatas dos usuários, não contempladas pelo SUS, no contexto da redivisão do trabalho coletivo na saúde, cada vez mais se identifica e vincula-se às competências profissionais do assistente social. (COSTA, M., 1998).

Essa particularidade revela que, dadas as condições de vida dos usuários, a forma como chegam ao SUS e as condições de funcionamento aí encontradas, os assistentes sociais se vêem pressionados a implementar diversas alternativas de enfrentamento às inúmeras necessidades sociais e de saúde que se transformam

---

<sup>137</sup> Segundo Sposati (1992, p. 13) “[...] os serviços e benefícios sociais expressam o grau de conquista dos trabalhadores na sociedade de livre mercado. **Sua redução à individualidades é adoção da estratégia de “regulação *ad hoc*” sem visibilidade pública**”. (grifos nossos).

em problemas surgidos no processo de atendimento ao usuário, verdadeiras urgências sociais. Tais alternativas de enfrentamento incidem sobre as mais variadas dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos demais serviços e direitos sociais básicos.

Dessa forma, junto com as demais atividades realizadas, as ações de caráter intersetorial, também cumprem o papel de remover obstáculos ao desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, ou seja, onde houver limitação ou impedimento de ordem socioeconômica, cultural e institucional ao pleno desenvolvimento do conjunto dos procedimentos necessários ao diagnóstico e ao tratamento, o assistente social inclui-se no processo coletivo de trabalho em saúde. (COSTA, M, 1998). E, assim, funciona como uma espécie de tecnologia social que, em meio a um caótico quadro de fragmentação de saberes e respostas, reduz barreiras e constrói pontes de acesso.

Essa particularidade tem uma estreita relação com as condições históricas da profissionalização do Serviço Social na sociedade burguesa. Conforme Sposati (1992, p. 17), o horizonte de sua estratégia de superação de conflitos – ou remoção de bloqueios – alicerçou-se em uma ideologia de integração social, harmonia social, que termina por gerar um processo de alienação no interior da luta contraditória de interesses. Entre capitalistas e trabalhadores, todos deveriam ser salvos a partir dos “valores do respeito e da dignidade humana”.

Ao analisar a profissão, na divisão sociotécnica do trabalho, Sposati (1992, p. 18-19) considera que essa tendência marca a inserção do Serviço Social na legitimação e racionalização da ordem social burguesa, afirmando que a primeira territorialidade identifica a ação do Serviço Social enquanto ação com os pobres, a pobreza, o desamparo e com **a gestão do campo fluído de responsabilidades entre filantropia, a solidariedade privada e a ação pública**. (grifos nossos).

Por essas razões, afirma Sposati (1992, p. 19) que “[...] a prática profissional é, em si mesma, pela sua inserção, política, uma estratégia que articula recursos, forças, saberes, poderes, numa direção social”. Mais que isso, “o Serviço Social a seu modo, é também uma construção histórica de regulação<sup>138</sup>” (Ibid. p. 10).

---

<sup>138</sup> Um regime de acumulação não paira, desencarnado, do mundo etéreo dos esquemas de reprodução. Para que um sistema se realize e se reproduza de maneira durável é necessário que formas institucionais, procedimentos e hábitos funcionem como forças coercitivas e incitadoras, levando os agentes privados a aceitarem tais esquemas. A este conjunto de formas chamamos de modo de regulação. (LIPITEZ, 1982, p. 85, apud SPOSATI, 1992, p. 19). Segundo Sposati (1992,

Nesse sentido, Sposati (1992, p. 10) faz a seguinte indagação: em um contexto de conquista e luta pela efetivação dos direitos sociais e de cidadania, “como o Serviço Social equaciona a lógica de melhoria e individualização com uma regulação social na esfera pública que constrói direitos sociais auto-aplicáveis, sem a necessidade de um ajuizamento mediador?”.

No caso da saúde, ao responder necessidades sociais em caráter emergencial, no campo da intersectorialidade, o Serviço Social vem respondendo, como atividade, demandas que deveriam ser objeto prioritário do planejamento em saúde, como fruto de ações planejadas em parceria com as demais políticas que têm maior interface com a saúde. De certa forma, isso revela que no atual contexto do SUS, as ações no campo da intersectorialidade, desenvolvidas pelos assistentes sociais, e/ou as respostas dadas pelo Serviço Social, ao conjunto das demandas colocadas, vêm se constituindo a principal e mais rotineira forma de articulação entre o SUS e as demais políticas sociais.

Os dados elencados no item 3.1 permitem afirmar que, na realidade do SUS, a maioria das atividades de natureza intersectorial, realizadas pelos assistentes sociais, têm representado uma das formas de regulação social voltada para incorporar diversas necessidades dos usuários, as quais em geral têm relação direta com as suas precárias condições de vida. Portanto, têm uma grande importância para tais usuários e para o SUS, inclusive consomem grande parte do tempo de trabalho dos assistentes sociais.

Mas, também revelam que ao não constituir-se diretriz da política de saúde, e nem do Serviço Social, as articulações intersectoriais ficam resumidas a atividades, que não superam o conjunto das ações fragmentadas; ao contrário, têm se ajustado a tal fragmentação, suprimindo as lacunas de tal processo. Sem questioná-las frontalmente, permanecem como atividade emergencial, respondendo a demandas sem sistematizar, problematizar e publicizar a dramática realidade dos usuários e a própria indiferença com que a política de saúde, em geral ainda encara essa realidade.

---

p.11) **as formas de regulação social na sociedade de mercado têm em seu interior uma luta: para o capital é o equilíbrio** buscado e **para o trabalho é o espaço para inscrever necessidades e ampliar conquistas**. A regulação social define um dado padrão da relação capital/trabalho, por isso inclui o modo pelo qual a sociedade rege a relação salarial. Enquanto este tem por referência o custo de vida, a regulação da reprodução se refere aos padrões de condições de vida. (grifos nossos).

Entretanto, ainda que atuando predominantemente nas consequências causadas pela fragmentação das ações e políticas sociais diversas, a ação do Serviço Social, funciona como tecnologia social cuja principal função é construir pontes de acesso, verdadeiros elos invisíveis entre o SUS e as demais políticas sociais, campos e órgãos.

### 3.2.1 - **Atividades e mediações intersetoriais: tecendo redes, ampliando o acesso**

Ainda que a partir de atendimentos a casos que se repetem no cotidiano do SUS, a habilidade e o conhecimento acumulado pelo Serviço Social para responder as mais diversas necessidades sociais dos usuários que interferem no processo saúde-doença, no dia-a-dia do SUS, vêm possibilitando ao Serviço Social articular várias ações e redes relacionadas a casos com características comuns, que poderiam servir de subsídios à gestão do SUS na perspectiva de aprofundar e estreitar as relações interinstitucionais e intersetoriais. Desse modo, poderiam até gerar articulações mais formais, instâncias mais estruturadas, como núcleos intersetoriais permanentes em torno de problemas específicos de saúde.

Conforme relato dos assistentes sociais, do ponto de vista técnico-profissional, na equipe de saúde, somente os assistentes sociais dispõem de conhecimentos sobre critérios de acesso, o que fazer, como fazer acerca das demandas elencadas e agrupadas nos itens I, II e III, principalmente no que se refere a que programas, ações, políticas, instituições e unidades de serviços acionar e os critérios de acesso. Embora as demandas de natureza intersetorial de alguma forma se coloquem para o conjunto da equipe de saúde, no cotidiano do SUS, dada a atual divisão sociotécnica do trabalho em saúde, profissionalmente, tais demandas têm se tornado objeto da ação dos assistentes sociais.

A diversidade de demandas colocadas ao Serviço Social, sumarizada no item 3.1, tem exigido uma ampla capacidade de conhecimento da rede de serviços existentes, como condição para produzir respostas rápidas e articulações imediatas que se concretizam exigindo transitar em campos, práticas e saberes interdisciplinares, bem como requerem a articulação de redes sociais e institucionais, tradicionais e emergentes. Vale ressaltar a formação de redes

específicas, a partir de casos, oportunidades em que muitas vezes o desenvolvimento de novas estratégias, novos instrumentos e meios, tais como a alta social<sup>139</sup>; o transporte social; casas de passagens para adultos moradores de ruas; casas de apoio a acompanhantes e a gestantes na fase pré-parto e/ou a crianças prematuras<sup>140</sup>, etc.

Considere-se que as políticas sociais e particularmente a política de saúde, implementada principalmente através do SUS, ainda não funciona em rede intersetorialmente articulada e/ou não avançou no seu papel de conexão de redes. Embora já tenha alcançado significativos avanços em nível intrasetorial, ainda tem muitos problemas dessa ordem e, sobretudo, está muito distante de, organicamente, avançar no campo da intersetorialidade.

Assim, as demandas de natureza intersetorial vêm sendo reduzidas a atividades realizadas pelo Serviço Social, identificando e contactando instituições, tecendo e articulando redes institucionais e sociais, muitas vezes, a partir de contatos pessoais. Portanto, ainda muito dependentes da experiência e compromisso profissional, bem como do conhecimento e capacidade de articulação pessoal dos assistentes sociais e da equipe de Serviço Social.

Em alguns casos, também dependem da experiência dos usuários e familiares, adquirida da sua própria condição de nômades<sup>141</sup> dos serviços sociais ao longo de sua vida e luta pela sobrevivência, marcada por uma história de negação dos seus direitos e conseqüentemente de verdadeira romaria pelos serviços sociais

---

<sup>139</sup> A alta social, por exemplo, surge a partir das dificuldades de efetivar a alta hospitalar em função das péssimas condições de vida dos usuários.

<sup>140</sup> No RN, as casas de apoio de natureza filantrópica, geralmente são voltadas ao abrigo temporário de crianças em tratamento de saúde, vindas do interior do Estado. Recentemente, nos últimos quatro anos, a exemplo da Casa Mãe Cidadã, vinculada ao Hospital Pedro Bezerra (Santa Catarina), em Natal, e em alguns municípios sede de módulo, vêm sendo estruturadas casas de apoio às mães e gestantes, para que possam aguardar a hora do parto com tranquilidade, nas proximidades dos hospitais, sem ocupar leitos, em geral não disponíveis ou acompanhar crianças internadas. Considere-se que antes desse suporte, muitas gestantes vivenciavam verdadeiros dramas na fase pré-parto, geralmente vindas do interior e/ou da periferia das cidades sem condições de retornar aos seus domicílios; permaneciam em desespero nos corredores dos hospitais-maternidades até a hora do parto ou retornavam a seus domicílios e muitas vezes pariam em ambulâncias ou em carros carona porque não conseguiam retornar ao hospital em tempo. E, nos casos de crianças prematuras internadas em UTI, permaneciam mais tempo no ambiente hospitalar por falta de local adequado de permanência fora do hospital.

<sup>141</sup> Os usuários deslocam-se de uma unidade para outra, de uma política social, um serviço socioassistencial para outro à procura de atendimento, em geral sem sucesso. Expressando que o sistema de seguridade não funciona como rede que dá seguimento e atende ao conjunto das necessidades.

sejam públicos ou filantrópicos, conforme revela o seguinte depoimento:

“Muitas vezes a gente encaminha um usuário para uma determinada instituição, ele(a) e/ou acompanhante diz: já fui lá.... não tem vaga.... Também acontece de alguns usuários nos informar um serviço, uma ONG, um trabalho de voluntários, etc., então a gente já inclui na nossa lista de contatos e já vai repassando para as demais, é um verdadeiro trabalho de garimpagem de onde tem o que e principalmente onde realmente está funcionando”. (A.S Grupo Focal).

Trata-se de articular uma diversidade de instituições, organizações, entidades, setores e atores sociais que embora não constituam redes institucionais e sociais, organicamente articuladas ao SUS, rotineiramente dão suporte às articulações intersetoriais desenvolvidas pelos assistentes sociais. Não se trata apenas de organizar e atualizar cadastros de instituições e entidades sociais e respectivos representantes formais, que muitas vezes até podem ser obtidos através de *sites* e páginas virtuais.

Na realidade, as principais redes institucionais e sociais utilizadas pelos assistentes sociais envolvem efetivos contatos, muitas vezes a partir de vínculos pessoais e profissionais, construídos ao longo da sua atuação como trabalhador social e/ou como militante nas lutas sociais, nos serviços sociais, especialmente nos serviços de saúde.

Na ausência de uma articulação institucional da gestão do SUS, organicamente articulada às demais políticas, o Serviço Social agrega e conecta informações, serviços e respostas, dispersas em função da fragmentação setorial com que estão estruturadas as diversas políticas, programas e serviços. Assim, constrói pontes de acesso e/ou alternativas de inclusão que em nível imediato fazem a diferença entre a vida e a morte da maioria dos usuários do Serviço Social no dia-dia do SUS.

Esse trabalho é tão presente no cotidiano do Serviço Social, que chega a configurar uma das particularidades do trabalho dos assistentes sociais no campo da saúde. Mais que isso, indica que a população usuária do SUS, particularmente do Serviço Social, chega aos serviços de saúde sem ter conseguido acessar direitos humanos e sociais básicos.

Como expressão da lógica de funcionamento dos serviços de saúde, do ponto de vista da intervenção, o conjunto das articulações realizadas pelos assistentes sociais, como se pode observar, ainda está concentrada na reparação<sup>142</sup>. Apresenta enormes dificuldades de oferecer subsídios à Promoção integral dos Direitos Humanos, que implica em conjugar promoção<sup>143</sup>, proteção<sup>144</sup> e reparação, em um movimento em que ações emergenciais sirvam de termômetro para ações estruturantes, no sentido de articular ações focalizadas em grupos socialmente vulnerabilizados com ações coletivas estruturantes. Todavia, essa gigantesca tarefa não depende só da vontade e capacidade dos assistentes sociais, mas principalmente da capacidade de pressão da sociedade e das decisões políticas da gestão do sistema de saúde e das instâncias e espaços de pactuação e controle social do SUS.

Afinal, uma atuação intersetorial e transdisciplinar, necessariamente se baseia na co-responsabilidade entre os diversos gestores e níveis de gestão, mas também entre profissionais e movimentos: sindical, social, comunitário, popular, etc.

A rigor, a contribuição do Serviço Social na formulação, gestão e implementação da política de saúde como política de seguridade necessariamente passa pela busca da intersetorialidade.

Portanto, requer considerar os espaços e as políticas específicas, buscando transcendê-las, de forma que o SUS as reforce, sem submetê-las hierarquicamente, mas atue decisivamente no sentido de sinalizar, discutir, propor e articular medidas estruturantes para a efetivação do direito à saúde, em sentido ampliado, avançando na garantia de ações baseadas nos Direitos Humanos, sociais e de cidadania.

Trata-se de um trabalho realizado como atividade do Serviço Social, uma vez que efetivamente não constitui diretriz da política de saúde, exceto algumas políticas específicas, cuja experiência em alguns Estados e Municípios, ainda que com dificuldades e limitações, vêm sendo desencadeados esforços para considerar a intersetorialidade como diretriz estratégica na construção de políticas como a saúde mental e a saúde do trabalhador. Mesmo em tais experiências, o trabalho

---

<sup>142</sup> REPARAÇÃO (para repor os direitos violados).

<sup>143</sup> PROMOÇÃO (para efetivar os direitos).

<sup>144</sup> PROTEÇÃO (para evitar violações).

concreto de articulação intersetorial é majoritariamente repassado ou atribuído ao Serviço Social.

A rigor, a articulação entre saberes, órgãos, redes institucionais, redes socioassistenciais, para superar o patamar da atividade de uma profissão e alçar o âmbito da gestão do sistema de saúde, requer que, na atual fase de construção do SUS, o Serviço Social seja capaz de fazer articulações orgânicas com os movimentos sociais, populares e com as instâncias de controle social, incluindo Conselhos, Conferências e Ministério Público. Tais articulações, além de propiciarem o atendimento imediato de algumas necessidades sociais em saúde, exigiriam buscar sistematizar e problematizar as principais demandas colocadas ao Serviço Social no campo da intersetorialidade, bem como procurar desenvolver estratégias que potencializem a sua publicização através do debate e a sua possível inclusão na agenda política do SUS e das demais políticas setoriais, o que sem dúvidas requer conjugar e articular iniciativas voltadas para incorporá-las:

- a) Aos processos de formulação, avaliação e fiscalização, enquanto componente de processos de gestão participativa, incluindo estratégias de negociação e definição de políticas públicas, potencializando a aplicação da legislação e ampliando direitos através de acordos desenvolvidos por instâncias, forças e poderes intersetoriais, em diferentes níveis de gestão e espaços de negociação interinstitucional<sup>145</sup>. Tanto do ponto de vista geográfico (distrito, município, Estado, país, âmbito internacional); econômico (empresa/ramo econômico ou grupo de empresas por tipo de risco); quanto político (ONGs, Sindicatos, Movimento social, popular, sindical, comunitário....);
- b) Nos debates e decisões das instâncias interinstitucionais de gestão e pactuação e/ou negociação política, tais como Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissão Intergestora Bipartite (CIB), comissões, grupos gestores e câmaras técnicas, com vistas à discussão, negociação, pactos, assinatura de termos de compromisso, convênios, PPA, PA, PPI, e programação orçamentária, etc.;

---

<sup>145</sup> No caso da saúde do trabalhador envolve: saúde, trabalho, meio ambiente, previdência social, Ministérios Públicos, representações políticas no Congresso Federal / assembleias estaduais / câmaras de vereadores).

- c) Nos debates e decisões das instâncias deliberativas – espaços de democracia representativa: Conselhos, Conferências (Plenárias conjunta de conselhos e conselheiros e Conferências Intersectoriais); Poder Legislativo (Câmaras, Assembleias Legislativa e Senado), de forma a provocar amplo debate, discussão e articulação político-social subsidiando a deliberação acerca de PPA, PA, PPI, previsão e programação orçamentária, alocação de recursos, monitoramento, acompanhamento, avaliação e fiscalização;
- d) Como subsídios ao debate junto às instâncias de condução política e técnicas, para articular ações de planejamento e avaliação das políticas públicas e com as lutas sociais. Portanto, buscando articular espaços formais e informais de fortalecimento das ligações entre uma agenda comum e pontos de rede, no sentido de construir pontes e elos orgânicos entre a luta pela saúde e a sociedade organizada, como sindicatos, ONGs e movimentos sociais e populares.

O trabalho de articulação e de construção de redes sociais deve levar em consideração a dinâmica das redes sociais, geralmente expostas à extrema instabilidade, afetas à conjunção e interação de diferentes protagonistas e interesses em disputa, conforme a correlação de forças estabelecidas, sobretudo o nível de organização e força dos trabalhadores, inclusive das corporações e trabalhadores em saúde e os projetos societários a que suas lutas se vinculam.

Para Machado e Porto (2003), a construção de redes, nesses casos, surge como estratégia de fortalecimento do SUS, enquanto ator, incapaz, de isoladamente, dar conta dos graves problemas sociais, tanto na sua origem quanto na sua solução.

Mais que isso, para superar o patamar do voluntariado, da benevolência e do assistencialismo, deve consistir em uma articulação, no mínimo, com vistas a combinar dois movimentos: 1) Forçar o Estado brasileiro a assumir o seu papel na garantia da seguridade e proteção social e não de transferência de suas responsabilidades para a sociedade; 2) Agregar saberes e poderes para fortalecer movimentos organizativos e lutas em defesa de direitos e da solidariedade classista, superando o patamar das articulações calcadas no voluntariado e na solidariedade cristã.

Segundo Mynayo (2006, p 126),

[...] o setor saúde, além da tradição da prevenção, tem a ótica do cuidado como *ethos*, no que se diferencia da práxis de segurança pública, que visa reprimir crimes e contravenções. Essa tradição do cuidado pode fazer toda a diferença.

Nesse processo, os maiores desafios se concentram na articulação intersetorial e política, no sentido de construir práticas referenciadas na luta pela transformação das políticas e culturas institucionais e da sociedade, tendo em vista a defesa da saúde coletiva enquanto resultante da qualidade de vida.

Desse modo, concordamos com Machado e Porto (2003), quando afirmam que essa articulação em redes, associando de diferentes formas, inúmeros e heterogêneos atores não significa a diluição da importância do papel do SUS. O setor Saúde, nesse modelo, funciona mais propriamente como um catalisador do que um executor das várias ações de promoção, dependentes de outros setores.

Conforme bem coloca Minayo (2006) ao construir determinadas redes, também podem ser desarticuladas outras, dado que o comportamento vigente dos vários atores reflete estruturas de poder e práticas culturais que precisam ser superadas, para que outras, mais efetivas, tomem o seu lugar.

Nesse movimento, inevitavelmente, ocorrem transformações dos objetivos iniciais, pois a construção de uma rede de protagonistas heterogêneos, a partir de diferentes relações (formais e informais), implica um processo simultâneo de negociação. O resultado desse processo, por excelência, transforma os objetivos iniciais de um ator em objetivos definidos coletivamente, a partir das diversas possibilidades e necessidades dos diferentes atores. A base ética de defesa da saúde é a mola propulsora dessas ações. (id).

Do ponto de vista político e institucional, avançar em direção à construção de práticas moldadas pela intersectorialidade requer democratizar as relações entre Estado e sociedade e amplo debate público para que sejam problematizados os grande nós críticos e interesses que envolvem os problemas de saúde e as desigualdades em saúde, para que as reais necessidades de saúde e a lógica intersetorial esteja cada vez mais presente no conjunto dos processos decisórios e nas políticas públicas que têm interface direta com saúde coletiva e individual.

No dizer de Machado e Porto (2003), a saúde da população encontra-se menos na rede assistencial e mais no modelo de desenvolvimento de um país e região, que propicia ou não condições e recursos para que as pessoas vivam mais e melhor, acima de tudo, exige compartilhar do entendimento de que os processos mais importantes, em termos de determinantes e condicionantes da saúde, constituem a principal base para a construção de práticas intersetoriais, que necessariamente devem estar voltadas para a promoção. Também, buscar compreender as características do modelo de desenvolvimento, a gênese dos riscos e identificar as populações expostas, em um determinado período e território considerando condições socioeconômicas, processos sociopolíticos, socioeconômicos, culturais, tecnológicos, produtivos, legais, institucionais, entre outros.

O conjunto das demandas ao Serviço Social revela o quanto o cidadão é visto e tratado de forma fragmentada, sem o considerá-lo na sua totalidade; e que, quanto mais distante da lógica do modelo assistencial da produção da saúde, maiores serão as dificuldades de se construir práticas moldadas pela intersetorialidade, que apontem para o debate, apreensão e compreensão dos determinantes sociais; maior também será a tendência de reduzir a intersetorialidade a uma atividade.

Mas, embora encerre preocupação e reconhecimento acerca dos determinantes sociais, o conjunto das respostas dadas pelo Serviço Social não resulta de reflexões aprofundadas acerca dos determinantes sociais. Esta é condição essencial para que o Serviço Social possa ampliar sua contribuição ao debate junto à equipe de saúde, à gestão do SUS, aos espaços de controle social e ao movimento sanitário, na perspectiva de construir argumentos que possam colaborar para desenvolver alternativas metodológicas e técnico-operativas alinhadas à construção de práticas contra-hegemônicas, como é o caso das práticas moldadas pela intersetorialidade.

A rigor, o conceito de intersetorialidade inclui a participação dos usuários e suas representações como elementos fundamentais para a garantia de qualidade dos serviços sociais. No entanto, embora dentre as estratégias utilizadas pelo Serviço Social, se destaque a articulação de redes entre diversas instituições públicas, privadas, filantrópicas e organizações não governamentais, visando garantir

a inclusão, o acesso imediato dos usuários, essa ação pouco articula os movimentos reivindicatórios, que têm potencial para avançar na perspectiva de acumular forças para enfrentar os problemas, buscando soluções de ordem mais permanente, que possam ir além do emergencial, do paliativo.

Essa lacuna é comum ao conjunto das práticas em saúde, portanto indica à equipe de saúde, sobretudo aos profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária, a busca pela maior articulação de suas práticas e engajamento nos espaços de controle social, movimento social, popular e sindical. Esta é uma condição estratégica para dar eco, visibilidade aos grandes dilemas, problemas, paradoxos e formulações, na perspectiva da integralidade, intersetorialidade e portanto de consolidação de sistema de saúde como integrante de um sistema universal de seguridade social na particularidade da sociedade brasileira.

Conforme sinaliza os parâmetros para atuação de assistentes sociais na política pública de saúde, se o profissional não tiver essa perspectiva de ação, tende a reduzir sua atuação à redução de tensões e não na mobilização e organização popular.

Os dados da pesquisa revelam que o Serviço Social tem acumulado conhecimento, ainda que empírico, e uma rica experiência, com potencial para contribuir nesse debate, principalmente no que tange às ações intersetoriais e estratégias de construção de redes sociais e institucionais que deem suporte às ações e práticas moldadas pela intersetorialidade.

## CONCLUSÕES

Refletir sobre a contribuição do Serviço Social para a construção da intersectorialidade no âmbito do SUS, a partir da consideração do seu papel estratégico para a efetivação do direito à saúde e desta como política de seguridade, significou buscar compreender que a intersectorialidade não é um mero somatório de partes, mas ação coordenada, conjugada e compartilhada por um objeto comum com base em uma clara direção social e/ou intencionalidade.

Do ponto de vista do projeto ético/político do Serviço Social, essa direção, alinha-se às teses da Reforma Sanitária e, portanto, à democratização do Estado e luta pela efetivação e ampliação dos direitos humanos e sociais, enquanto estratégia para a radicalização em direção à construção de uma sociedade fundada na efetiva igualdade e justiça social.

A intersectorialidade refere-se ao que se deve e ao que se pode fazer juntos para responder às reais necessidades, individuais e coletivas da população, em sua maioria usuária dos serviços de saúde. Portanto, não basta o SUS ser eficiente isoladamente, pois a política de saúde, de forma isolada, jamais será eficaz. Significa responder às seguintes indagações: O que precisamos fazer juntos para superar as iniquidades? Como? Com que meios / instrumentos? Que mecanismos e espaços precisamos desenvolver e/ou fortalecer? Que atores precisam ser envolvidos, mobilizados, conquistados e co-responsabilizados?

Portanto, a intersectorialidade é mais que articulação ou coordenação das ações, pois envolve profundas alterações na dinâmica, nos processos institucionais, conteúdos das políticas setoriais e no próprio sistema de proteção social brasileiro. Requer mais do que articulação e comunicação entre diversas políticas setoriais, saberes e poderes. Exige uma visão estratégica integrada e relações horizontais entre os diversos sujeitos coletivos, gestão de sistemas e serviços de proteção social envolvidos.

Nessa perspectiva, a intersectorialidade tem que ser construída coletivamente. Para tanto, requer ser projetada de forma compartilhada, envolve

decisão política e engajamento. Como um processo socialmente construído, requer o conhecimento da realidade, no sentido de ir além das demandas explicitadas em direção às reais necessidades da população, exigindo disposição para partilhar e trocar saberes, dúvidas e poderes.

Nesse sentido, é portadora de possibilidades de sínteses e sinergias de saberes, práticas e poderes, inclusive do reconhecimento dos limites da ação intersetorial em uma sociedade tão desigual com a brasileira. A intersetorialidade, ao ser praticada na perspectiva da democratização do Estado, constitui estratégia em que, no confronto entre capital e trabalho, os interesses do trabalho podem ser fortalecidos ainda que no espaço e nos limites da res-pública, inclusive pelo acirramento das disputas entre Projeto Privatista e Projeto da Reforma Sanitária.

Do ponto de vista da organização dos serviços, exige esforços de construção de uma organização matricial que perpassa tanto o espaço da macro-política quanto o da micro-política dos processos de trabalho em saúde.

A presente pesquisa revela que embora venha sendo reconhecida como fundamental para superar grande parte das iniquidades das políticas sociais, portanto para reduzir desigualdades sociais, particularmente as desigualdades em saúde, a intersetorialidade ainda não foi efetivamente incorporada à formulação e gestão das políticas sociais brasileiras, particularmente à gestão do SUS. Assim, ainda não constitui efetiva diretriz da política de saúde, não preside a organização do trabalho em saúde, o qual permanece hegemônico pela superespecialização, fragmentação, departamentalização e setorialização.

Essa não incorporação expressa o quanto a política de saúde e o modelo assistencial e gerencial, adotados no SUS, ainda têm gigantescas dificuldades de incorporar plenamente a concepção ampliada de saúde que embasa a formulação do SUS enquanto principal estratégia de implementação da Reforma Sanitária. Ressalte-se ainda o quanto, o SUS, tem sido refém das forças vinculadas ao projeto privatista e corporativista, que o conduzem privilegiando as ações e práticas curativas individuais em detrimento das ações e práticas de saúde coletiva. Por essa razão, a intersetorialidade não constitui objeto do conjunto das práticas em saúde e, como não pode ser absolutamente ignorada, vem sendo tratada como atividade de uma profissão.

Obviamente, dada a intrínseca relação entre saúde e condições de vida, as demandas que exigem respostas de natureza intersetorial, não deixam de se expressar. Todavia, muitas vezes, são tratadas como casos e contingências afetas à realidade social dos usuários, e não como fragilidade e inadequação das políticas sociais, do sistema de proteção social, inclusive do SUS, para responder às necessidades de saúde em sentido ampliado, considerando as reais condições de vida dos usuários.

Por não se constituir em efetiva diretriz da política de saúde e objeto do conjunto das práticas em saúde, o SUS vem respondendo a algumas demandas de natureza intersetorial reduzidas a atividades, em sua maioria delegando-as ao Serviço Social, que as vem assumindo como um dos objetos de sua ação profissional.

Conforme observado ao longo deste estudo, no atual contexto dos serviços públicos de saúde, as suas necessidades de saúde e/ou qualquer necessidade dos usuários, que ultrapassem o que está previsto nos procedimentos autorizados e parâmetros de produtividade, terminam sendo encaminhadas e/ou delegadas ao Serviço Social, dentre as quais, destacam-se as demandas de natureza intersetorial.

Em geral são demandas que envolvem necessidades sociais e de saúde diversas, determinadas pelas precárias condições de vida e saúde da população, agravadas em um contexto de aprofundamento das desigualdades sociais, mas também pelo modo como a política de saúde e as demais políticas sociais se organizam para responder a tais necessidades, não só fragmentando-as, setorializando-as, mas muitas vezes ignorando-as.

Trata-se de buscar responder às necessidades, que, embora tendo uma direta interface com a saúde, seu enfrentamento extrapola as funções específicas da política de saúde vigente no Brasil, e que também não estão sendo atendidas e respondidas pelas demais políticas sociais.

Portanto, tais demandas e necessidades revelam que a maioria da população usuária do SUS chega aos serviços de saúde com agravos à saúde claramente vinculados ao desrespeito aos mais elementares direitos humanos e sociais, tais como acesso à habitação adequada, segurança alimentar e nutricional, trabalho, condições de trabalho e remuneração dignas, educação e informação, etc., Em suma, revelam o impacto perverso da orientação neoliberal que tem prevalecido na condução das políticas econômicas e sociais pós-CF de 1988, minando as

possibilidades de construção de um verdadeiro sistema universal de seguridade social e, portanto, impedindo avanços na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira.

A rigor, as demandas que, com frequência, chegam ao Serviço Social, que exigem articulações intersetoriais, em geral envolvem necessidades de saúde que carecem de urgente articulação com os sistemas de Assistência Social; Trabalho, Previdência Social e Seguro Social; Sociojurídico e Defesa Social, dentre outros. Também revelam não só as suas iniquidades, fragilidades, mas a necessidade e importância de aprofundar o conhecimento sobre as mesmas, problematizá-las, sistematizá-las, publicizá-las, debatê-las política e tecnicamente.

Trata-se de um trabalho ainda restrito ao espaço da micropolítica do processo de trabalho em saúde, basicamente orientações, encaminhamentos e/ou articulações. Ainda que de forma incipiente, tem sido envidados esforços no sentido de planejar, pactuar e combinar ações e serviços através de conexões mais orgânicas, entre algumas instituições, como por exemplo, com o ITEP/RN, com o SETRANS e com o Poder Judiciário. São exemplos de que, além de possíveis e viáveis, possibilitam maior agilidade e resolutividade.

Uma análise mais acurada da dinâmica do trabalho dos assistentes sociais permite afirmar que as articulações vão além de simples encaminhamentos, pois são frutos de contatos por telefone, negociação entre a equipe de Serviço Social e as organizações da rede socioinstitucional, socioassistencial e de apoio, por vezes envolvendo gerentes e gestores. Por isso, têm maior potencial de garantir o acesso, o que já pôde ser constatado em muitos casos, no entanto, ainda são iniciativas restritas a algumas situações, alguns problemas, ou seja, não constitui um parâmetro de atuação. Nesse sentido, sinalizam, mas ainda não têm fôlego para tornar-se parâmetro de atuação.

Observou-se que sempre que a articulação é planejada, precedida de discussão e negociação prévia com outros sistemas e serviços, os encaminhamentos têm mais chance de tornar-se efetivo acesso. Mas, na realidade, ainda predominam ações focadas em casos, que constituem ações e atividades de natureza intersetorial, mas não propriamente a intersectorialidade na acepção ampla aqui adotada. Para tanto, é necessário que a gestão do SUS incorpore a intersectorialidade como lógica transversal às práticas em saúde, portanto como

estratégia e instrumento de gestão, o que foge à competência exclusiva do Serviço Social, embora este possa dar uma grande contribuição nesse processo.

Na prática, o Serviço Social vem desenvolvendo articulações com outros sistemas e serviços com recursos, tecnologias e conhecimentos que tem acumulado na trajetória profissional no espaço socioocupacional dos serviços públicos de saúde e o conhecimento que dispõe acerca das demais políticas sociais no atual contexto de organização do sistema de proteção social brasileiro. Assim, vem criando, muitas vezes improvisando um jeito rápido de responder a necessidades imediatas e mediatas que incidem diretamente na construção da integralidade do acesso a bens e serviços sociais básicos, que certamente servirão de base para os grandes passos que o SUS e o Sistema de Proteção Social Brasileiro têm o dever de desencadear.

Pode-se inferir que as demandas ao Serviço Social no campo da intersectorialidade, colocadas por gestores, trabalhadores e usuários, em certa medida, expressam reconhecimento, do ponto de vista operacional do SUS, quanto à necessidade da intersectorialidade para a resolutividade de inúmeros problemas. No entanto, ao não avançar no sentido de incorporá-las como diretriz estratégica do planejamento e execução da política de saúde, o Serviço Social, obviamente, expressa a sua submissão à orientação, concepção e prática hegemônica fundada na setorialização, fragmentação, burocratização e especialização que se vincula ao modelo médico-hegemônico e ao modelo privatista. Portanto, a luta continua sendo pela sua superação, o que implica debates e embates mais amplos sobre o modelo assistencial, gerencial do SUS, os projetos societários em disputa e a condução da Reforma do Estado brasileiro, em tempos de capital fetiche.

Os dados demonstram que os principais determinantes sociais da saúde, diretamente associados às precárias condições de vida da população, tais como falta ou precárias condições de alimentação, moradia, transporte, emprego e renda, têm se expressado na concentração e/ou predominância das demandas por serviços de assistência social e conseqüentemente das articulações com o SUAS e outros serviços de assistência social, como respostas dadas pelos assistentes sociais às demandas de natureza intersectorial colocadas no cotidiano do SUS.

Portanto ratificam a afirmação de Mota (2008) de que as demandas derivadas do agravamento das condições de vida da população brasileira têm sido enfrentadas através da Assistência Social que, para uma parcela significativa da população, tem assumido a tarefa de ser a única política de proteção social e não parte da política de proteção social.

Além disso, a diversidade de articulações realizadas pelos assistentes sociais no cotidiano do SUS indica que o Serviço Social na saúde, tal qual a política de assistência social brasileira, incorpora, como objeto de sua ação, grande parte das demandas oriundas de necessidades sociais básicas, não contempladas pelas demais políticas setoriais.

Na área da saúde, o Serviço Social além de responder pelas demandas não atendidas pelas demais políticas sociais, também responde pelas necessidades não incorporadas nos procedimentos, mapas de produtividade, mecanismos de financiamento da saúde e/ou não incorporadas por outras categoriais profissionais que integram a equipe de saúde.

Nesse cenário, dadas as condições históricas da inserção do Serviço Social na divisão sociotécnica do trabalho em saúde, sobretudo no atual contexto do SUS, este é marcado por uma Reforma do Estado que prioriza o aumento do superávit primário em detrimento das políticas universais. Essa Reforma pretende reduzir desigualdades pela via da assistencialização das políticas sociais e de intervenção nas consequências da pobreza e da doença e não nos determinantes sociais da saúde. Assim sendo, o SUS permanece privilegiando ações curativas e refém da fragmentação, especialização, racionamento da oferta, precarização do trabalho, contenção dos gastos sociais e refuncionalização de práticas tradicionais no seu âmbito. Enquanto isso, o Serviço Social vivencia tensões afetas:

- 1) à herança, remanescente de sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho, que, historicamente, o identifica como ação, preferencialmente, destinada aos pobres, excluídos, desamparados e com a gestão do campo fluído de responsabilidades entre filantropia, solidariedade privada e ação pública;

- 2) aos atuais desafios de atuar como trabalhador coletivo compartilhando responsabilidades no processo de prestação de serviços como direito do cidadão e dever do Estado, que, portanto, se destinam a sujeitos de direitos;
- 3) às dificuldades de romper práticas moldadas pela fragmentação, especialização, setorialização, e avançar na perspectiva de compartilhar saberes, tarefas e atividades no campo da intersetorialidade, que pela sua natureza são interdisciplinares mas permanecem reduzidas a atividades do serviço social, como se fossem apenas mais um dos inúmeros procedimentos.

Nesse processo se entrecruzam ausência de uma orgânica articulação entre o sistema de saúde e os demais sistemas e serviços sociais, especialmente os que integram o tripé da Seguridade Social; persistência de uma cultura institucional hegemônica pelo modelo médico-assistencial privatista; ativismo generalizado no trabalho em saúde, o Serviço Social, no cotidiano do SUS, vem agregando e conectando informações, serviços e respostas, dispersas em função da fragmentação setorial que tem prevalecido na organização do SUS e das mais diversas políticas, programas e serviços sociais.

E assim, ainda que quase sempre restrito a ações imediatistas, muitas vezes repetitivas e/ou improvisadas, o Serviço Social tem construído pontes de acesso e/ou alternativas de acesso a direitos, que constituem verdadeiros elos invisíveis, que remediam, ante as dificuldades e/ou impossibilidade de prevenir e evitar no atual contexto de implementação do sistema de proteção social brasileiro, onde, com todas as dificuldades amplamente conhecidas, o SUS é o sistema que mais avançou.

Ressalte-se que para assim proceder, os assistentes sociais, muitas vezes se confrontam com gestores, gerentes e profissionais, mas esses embates ainda não se traduzem em postura coletiva e/ou ação organizada e articulada junto aos movimentos sociais e aos conselhos de políticas setoriais existentes para reflexão coletiva sobre a questão e a buscar por soluções de ordem mais permanente.

O conjunto das articulações realizadas pelos assistentes sociais, predominantemente, se circunscrevem a tarefas voltadas para repor direitos, ou seja, forçando a efetivação de direitos sociais negados, negligenciados e que se transformam em problemas de saúde que precisam ser resolvidos em caráter de urgência, inclusive consumindo grande parte do seu tempo de trabalho.

Pode-se afirmar que o trabalho de articulação intersetorial realizado poderia avançar muito mais, no sentido de fortalecer ações de promoção e proteção da saúde, se as demandas, os dados e o conhecimento acumulado ao longo da rica experiência dos assistentes sociais fossem transformados em conhecimento sistematizado. Ademais, com caráter propositivo, essa articulação se constituiria em subsídios ao debate e argumentos nas disputas travadas nas diversas instâncias de gestão, pactuação (CIB, CIT) e espaços de controle social do SUS e demais políticas (Conferências e Conselhos), bem como pelo movimento social, popular, sindical, comunitário, de portadores de patologia, etc., e especialmente os que se vinculam ao MRSB.

Essa lacuna no conjunto da equipe de saúde, incluindo a equipe de Serviço Social, também corrobora para que a intersectorialidade permaneça como uma ação restrita ao campo da micropolítica, sem avançar na perspectiva de uma prática moldada pela intersectorialidade, na medida em que, na grande maioria das unidades e serviços de saúde, conforme explicitado nas discussões realizadas no grupo focal, as equipes de Serviço Social:

- 1) Não têm desencadeado movimentos coletivos, no sentido de sistematizar e problematizar dados e informações obtidas a partir das situações atendidas/ repostas dadas/ demanda reprimida, ignorada, etc., na perspectiva de inseri-las nos debates, nas decisões e na agenda do sistema de seguridade social;
- 2) Não têm conseguido aprofundar o debate sobre a questão dos determinantes e condicionantes da saúde;
- 3) Mesmo fazendo articulações com entidades e organizações dos usuários, tais articulações não avançam na perspectiva de potencializar a

influência e participação dos segmentos e movimentos reivindicatórios e/ou engajados no movimento sanitário e/ou os que militam nos espaços de controle social. Sobretudo não avançam no que se refere à disponibilidade de dados, reflexões e proposições que possam subsidiar os posicionamentos de conselheiros e movimentos de usuários e trabalhadores nos processos de elaboração, análise e apreciação do(a) PPA, PA, PPI, Relatórios de Gestão, Prestação de Contas e aprovação da previsão orçamentária.

É claro que a construção da intersetorialidade não é e não pode ser tarefa de uma profissão. E, que, em função da atual lógica de organização dos serviços de saúde, centrada nas urgências e emergências, o *locus* da inserção profissional da maioria dos assistentes sociais, na saúde, são os hospitais, as Maternidades, Pronto Socorro e Pronto Atendimento, cujo objeto de atenção são as urgências e emergências. A questão que se coloca não é a concentração nas ações emergenciais, mas o ativismo que as tem marcado.

Dessa forma:

- 1) Ainda que, por essa prática, conquiste espaços no mercado de trabalho e reconhecimento de gestores, profissionais e usuários, a exemplo de outras práticas em saúde, o Serviço Social tende a reiterar a atual lógica com que os serviços de saúde têm atuado, focando a atenção nas condições agudas, através de atendimentos de urgência e emergência descolados da promoção e da proteção;
- 2) Os desgastes, estresse, conflitos e embates vivenciados pelos assistentes sociais em defesa dos usuários, sobretudo pelos profissionais comprometidos com a efetivação do SUS, enquanto política de seguridade social, permanecerão como objeto da ação individual de alguns profissionais da equipe do Serviço Social e à mercê da análise dos demais e determinados profissionais de plantão;

- 3) As articulações de natureza intersetorial realizadas pelos assistentes sociais continuarão a ser vistas e tratadas como meras atividades, relacionadas a problemas individuais de alguns usuários e a fluidez do trabalho dos assistentes sociais, a um passado identificado pela “ideologia da ajuda” ou a uma “subespecialidade” ajustada à lógica fragmentada e curativa individual, hegemônica no atual modo de organização do processo de trabalho em saúde;
- 4) Na condição de mera atividade, as ações intersetoriais não têm avançado na superação do conjunto das ações fragmentadas, ao contrário têm se ajustado a tal fragmentação, suprimindo as lacunas de tal processo. Sem questioná-lo frontalmente, permanece como atividade emergencial, respondendo a demandas sem sistematizar, problematizar e publicizar a dramática realidade dos usuários e a própria indiferença com que a política de saúde a trata;
- 5) Reduz o potencial acumulado com o trabalho realizado no campo da micropolítica do processo de trabalho em saúde, no sentido de contribuir para o debate acerca da incorporação da intersetorialidade como diretriz da política de saúde e do próprio Serviço Social.

Pelo que foi possível observar, na realidade, as inúmeras dificuldades e os reais limites a que estão submetidos os assistentes sociais, enquanto trabalhadores coletivos em saúde<sup>146</sup>, são potencializados pela falta de iniciativa de planejamento, sistematização, problematização e articulação técnico-política, tanto por parte da equipe de saúde quanto da própria equipe de Serviço Social.

Apesar das inúmeras dificuldades afetas à condição de trabalhadores assalariados, péssimas condições de trabalho, baixos salários e intensificação do dispêndio da força de trabalho, os profissionais de saúde, particularmente os assistentes sociais, enquanto profissão, que mais tem absorvido as demandas de caráter intersetorial, têm condições e o dever de, no mínimo, debater internamente,

---

<sup>146</sup> Dentre os quais o isolamento do SUS das demais políticas sociais, as péssimas condições de trabalho, sobrecarga e/ou sobretrabalho em plantões e os baixos salários, geralmente associados à inexistência de progressão funcional previstas nos respectivos PCCS.

provocar, fomentar, externar o debate, produzir conhecimentos e propostas para serem discutidas nas diversas instâncias e fóruns de gestão e controle social do sistema de seguridade, começando pelo próprio SUS.

Além disso, junto com a equipe de saúde, o assistente social deve pressionar a gestão para construir e desenvolver parâmetros, protocolos, sistemática de trabalho e metodologias de acompanhamento, monitoramento das ações e de autoavaliação, dentre outras estratégias, pactuando carga horária semanal, tempo, local, dinâmica e momentos de reuniões, encontros, reflexões para:

- 1) Discussão e problematização do conjunto das demandas, na perspectiva de transformá-las em objetos da ação profissional da equipe de saúde e da gestão do sistema de seguridade;
- 2) Elaboração de projetos de intervenção, projetos sociais, relatórios de atividades e relatórios técnicos;
- 3) Revisão, (re) criação dos instrumentais – entrevistas, fichas sociais -, com vistas a melhorar a capacidade de apreender os determinantes e condicionantes da saúde;
- 4) Produção, discussão e/ou socialização de pesquisas, estatísticas, análise de dados e temáticas essenciais à construção do SUS e ao trabalho do assistente social em defesa dos usuários do SUS;
- 5) Discutir e propor mecanismos de avaliação, produtividade, com foco nas necessidades dos usuários e na qualidade da atenção;
- 6) Inserir-se, engajar-se e/ou organizar grupos de discussão, leitura, debates, na medida do possível articulando outras categorias e entidades e movimentos de representação dos usuários.

Mais que isso, para superar o patamar do emergencial deve produzir informações e instigar o debate na perspectiva de uma articulação, no mínimo, com vistas a combinar dois movimentos:

1. Reforçar, apoiar e se engajar em movimentos, projetos, ações e lutas institucionais, setoriais e intersetoriais, que busquem forçar o Estado brasileiro a assumir o seu papel na garantia da seguridade e proteção social universal e integral e da não transferência de suas responsabilidades para a sociedade;
2. Da mesma forma, articular saberes, propostas e forças para fortalecer movimentos organizativos e lutas em defesa dos direitos sociais básicos e da efetivação de sistemas universais de seguridade social, com vistas à superação do patamar das articulações calcadas no voluntariado e na solidariedade cristã.

A construção desse processo envolve embates entre diferentes perspectivas, articulação de diversos espaços de poder, instituições, movimentos, articulação e formação de frentes técnico-políticas, sanitárias e redes em defesa da seguridade, mas também muita disposição para compartilhar saberes e poderes, mas com clara direção social. Isso não ocorre sem conflitos, disputas, sem a construção de instâncias estratégicas articuladoras de redes institucionais, sociais, e espaços de organização, construídos de forma democrática e plural.

Por fim, embora as respostas dadas pelo Serviço Social, no campo da intersetorialidade, não ultrapassem o patamar de atividades, uma vez que para tanto precisam ser incorporadas às diretrizes da política de saúde e tornar-se parâmetro para o SUS e do próprio processo de trabalho em saúde, tais respostas têm funcionado como a mais permanente ação que, de certa forma, busca articular o SUS e as demais políticas sociais e de seguridade social.

A sua principal contribuição tem consistido em articular o imediato acesso de parcela significativa dos usuários do SUS a direitos, bens e serviços negligenciados, ignorados, desrespeitados pelas mais diversas políticas sociais públicas. Nesse sentido, essa ação vai de encontro à luta pela efetivação dos direitos humanos e de cidadania.

Ao realizar esse trabalho, não significa que o Serviço Social molda plenamente suas práticas na perspectiva da intersetorialidade, mas que tem acumulado um volume de informações, experiências, rede de contatos e habilidades no campo da intersetorialidade, que, uma vez sistematizados, discutidos e tratados do ponto de vista ético, técnico, teórico-metodológico e político, pode dar saltos qualitativos na perspectiva de colaborar no processo de construção de tais práticas.

Assim, é portador de um inquestionável potencial que pode ser lapidado para uma contribuição mais ampla, à medida em que, coletivamente, reúna forças, condições políticas e técnicas para construir informações sistematizadas, identificar e articular interlocutores, apresentar propostas para debate e no mínimo, colocá-las a serviço do controle social do Sistema de Seguridade, sobretudo articulando os movimentos ainda engajados na luta em prol do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira e em defesa do sistema de seguridade universal, público e de qualidade.

Longe do messianismo e do fatalismo, não se trata de tarefa apenas para uma profissão, porém constitui um dos desafios aos quais os assistentes sociais não devem se furtar, mas devem ser coparticipantes do processo, colocando-se a serviço do fortalecimento do controle social do SUS.

Embora as respostas dadas pelo Serviço Social não constituam ações planejadas no âmbito da macropolítica do sistema de saúde, ou mesmo objeto do planejamento do próprio Serviço Social, têm funcionado como a mais permanente articulação entre o SUS e as demais políticas sociais e de seguridade social.

Assim, ainda que pelos caminhos mais tortuosos, o Serviço Social tem construído estratégias de acesso e garantia de direitos, bem como construído importantes elos que, se objeto de sistematização, podem por em evidência estratégias e caminhos em prol da construção da intersetorialidade no espaço da micropolítica do processo de trabalho, inclusive podendo oferecer subsídios no campo da gestão do sistema de seguridade social brasileiro.

## REFERÊNCIAS

ADLER, N. **Behavioral and social sciences research contributions**. In *NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health, October 23- 24, 2006 NIH Campus, Bethesda, Maryland*. Disponível em: <http://obsr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html>.

AGUILAR, M.J; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

AKERMAN, RIGHI, PASCHE, TRUFELLI & LOPES. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2007.

AKERMAN, M. **A construção de indicadores compostos para projetos de cidades saudáveis: um convite ao pacto transsetorial**. In: VILAÇA, E. (Org.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998, v. 1.

ALMA-ATA, Declaração de. [1978] **Conferência internacional sobre cuidados primários de Saúde**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 30/06/08.

ALMEIDA, Célia Maria de. **Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança**. In: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Volume 2. Rio de Janeiro: Abrasco / Fiocruz / Isc / Ufba. 1999.

\_\_\_\_\_. **As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição?** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

ALMEIDA FILHO, N. et al. **Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995)**. *Am J Public Health*, n. 93, p. 2.037-2.043, 2003.

ALMEIDA Filho, Naomar de. **For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro,, v. 17, n.4, julho-agosto, p.753-770, 2001.

\_\_\_\_\_. **Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate aberto / Interscetoriality, transdisciplinarity and collective healh: updating an open debate**. *Revista Administração Pública*; 34(6):11-34, nov.-dez. 2000.

\_\_\_\_\_. **Trandisciplinaridade e saúde coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Nº. 11, 1997.

AMARO, Magneide Gislane Dantas. **A efetivação da contra-referência realizada na clínica médica do Hospital Walfrêdo Gurgel: reflexões acerca da continuidade do tratamento no município de Natal/RN.** Monografia do Curso de Graduação em Serviço Social. Natal: UFRN, 2009. (digitada)

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de & BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha [et all.]. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.** São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268 p.

\_\_\_\_\_. **Democracia é saúde.** In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. (Anais). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35–42.

\_\_\_\_\_. Antônio Sérgio da Silva. **Introdução à crítica do setor saúde.** Revista *Nêmesis*, n. 1, p. 17–24, 1975. ARRETCHE, Marta. RODRIGUEZ, Vicente. **Descentralização das políticas sociais no Brasil.** São Paulo: Fundap, FAPESP; Brasília: IPEA, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Diretrizes gerais para o curso de serviço social** (Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996.). Rio de Janeiro, novembro de 1996.

BIDARRA, Zelimar Soares. **Pactuar Intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia de direitos.** In. Revista Serviço Social & Sociedade. Nº 99. Jul./Set. São Paulo: Cortez, 2009.

BONZO, C.; VEIGA, L da. **Intersetorialidade de políticas de superação da pobreza: desafios para a prática.** In. Revista Serviço Social & Sociedade. Nº 92. ano XXVIII. São Paulo: Cortez, 2007.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 2006: equidade e desenvolvimento.** disponível em: <http://www.worldbank.org>. acessado em 19/06/2007.

BAPTISTA, T. W. de F. **O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele.** Textos de apoio em políticas de saúde. Escola Politécnica Joaquim Venâncio (Org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BARATA, R. **Desigualdades sociais e saúde.** In. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz / Hucitec, 2007.

BARRETO, Mauricio Lima. CARMO, Eduardo Hage. **Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup):1779-1790, 2007

\_\_\_\_\_, **Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país.** In: Ministério da Saúde, (Org) Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

\_\_\_\_\_, **Situação da saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde.** Informe Epidemiológico do SUS, 1994

BARRETO ML, Carmo EH. **Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil.** In: Lessa I, organizadora. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio.** São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. **A contra-reforma do Estado no Brasil.** São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: Uerj, 2003.

BEVERIDGE, William. **O plano beveridge.** Tradução de Almir de Andrade. Rio de Janeiro, José Olímpio, 1943.

BERTIOL, L M. **Saúde e participação popular em questão.** O programa saúde da família. São Paulo, UNESP, 2006.

BOISIER, S. Los **Procesos de descentralizacion y desarrollo regional en America Latina.** Rev. CEPAL, Santiago de Chile, (31), 1987.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e os corpos.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOSCHETTI, I. e SALVADOR, E. **Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia** In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 87, Cortez, 2006

BOURGUIGNON, J.A. **Concepção de rede intersetorial**. Disponível em: [www.uepg.br/nupes/intersector.htm](http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm)>. Acesso em: 20 julho 2008.

\_\_\_\_\_. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília-DF, 1997.

\_\_\_\_\_. **Políticas de saúde no Brasil – um século de luta pelo direito à saúde**. Produção de André Alvarez. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1 Vídeo (60 min), DVD, color; 2007a.

BORJA, J. **Dimensiones teoricas, problemas y perspectivas de la descentralizacion del Estado**. In: Borja, J. et al Descentralizacion del Estado: movimiento social y gestión local. Barcelona, Instituto de Cooperacion Iberoamericana /Flacso / Clacso, 1987.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Organização dos textos, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira. 8ª ed. São Paulo: Atual (Coleção Saraiva de legislação). “Atualizada pelas Emendas Constitucionais n.1, de 31 de março de 1992, e n.2, de agosto de 1992”.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica da Saúde de nº. 8080/90**. 2ª. Ed. Brasília-DF: Assessoria de Comunicação Social. MS, 1991.

\_\_\_\_\_. **Lei complementar de nº. 8142/90**. 2ª. Ed. Brasília-DF: Assessoria de Comunicação Social. MS, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação epidemiológica da malária no Brasil, ano de 2006**. Ministério da Saúde [documento na Internet]. 2007 [acessado em Out 2007]: Disponível: [http:// portal.saude.gov.br](http://portal.saude.gov.br)

\_\_\_\_\_, **Rede Interagencial de Informações para a Saúde**. [site da Internet] [acessado 2007 Out ]. Disponível em: [http://tabnet. datasus.gov.br](http://tabnet.datasus.gov.br)

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006(a).

\_\_\_\_\_. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria GM nº 2048 de 03 de setembro de 2009**. Brasília: MS, setembro 2009.

\_\_\_\_\_. **Pactos pela saúde: pacto pela vida e de gestão**. Portaria Nº 699/GM de 30 de Março de 2006(b). MS, Volume 2. 2006. Revisado em 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 399 , de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília/DF: Diário Oficial da União, n. 39, seção 1, p. 43-51, 23 fev. 2006.

- \_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 486 de 31 de março de 2005**. Institui a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade e dá outras providências. Brasília: MS, março de 2005.
- \_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 627, de 26 de abril de 2001 - DO 82-E, de 27/4/01**. Brasília-DF: MS, 2001.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Portaria SAS nº 136 de 10 de março de 2005**. Brasília: MS, março de 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria SAS nº 055 de 24 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília DF: MS, fevereiro de 1999.

\_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

\_\_\_\_\_. **Saúde no Brasil. Contribuições para a agenda de prioridades de Pesquisa**. Ministério da Saúde – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização**. Relatório de Atividades, 2003. MS – Secretaria Executiva / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF, 2003.

\_\_\_\_\_. **Manual Técnico para Centros e Postos de Saúde.** Brasília, DF: MS, 1995.

\_\_\_\_\_. **Instrução Normativa do Ministério da Saúde.** 7o. rascunho, 30/04/97. regulamenta os conteúdos da NOB SUS 01/96. Brasília: MS, 1996.

\_\_\_\_\_. **NOB- INAMPS / 1991.** Brasília - DF: MS,1991.

\_\_\_\_\_. **NOB SUS/1993.** Brasília - DF: MS, 1993.

\_\_\_\_\_. **NOB SUS / 1996.** Brasília - DF: MS, 1996.

\_\_\_\_\_. **Relatório 8ª. Conferência Nacional de Saúde.** Brasília-DF: MS, Março de 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.** 2ª. Ed. Atual. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Relatório 12ª. Conferência Nacional de Saúde.** Brasília-DF:MS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Relatório 13ª. Conferência Nacional de Saúde.** Brasília-DF:MS, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso - Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **Política de Saúde no Brasil.** In. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. [Org.] MOTA, Ana Elizabete.; et.al. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **A política de saúde no governo Lula: algumas reflexões.** In. *Revista Inscrita* nº.9. Brasília: CEFESS, 2004.

\_\_\_\_\_. **Inovações na gestão de sistema de saúde.** In Financiamento e Gestão do Setor Saúde: Novos Modelos. (Organizadores) Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi e Luiz Fernando Rangel. Rio de Janeiro: Uerj,1989.

BRAVO, Maria Inês Souza. [et. Al.]. **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

\_\_\_\_\_ & MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Política de Saúde no governo Lula**. In. Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. [Org.] Maria Inês Souza Bravo; Débora de Sales Pereira.; Juliana Souza Bravo de Menezes.; Marina Maciel do Nascimento Oliveira. Rio de Janeiro: Projeto Políticas Pública de Saúde ( Faculdade de Serviço Social/Uerj); Adufrj – seção sindical, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza.; POTYARA, Amazoneida Pereira. [Org.]. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2001.

\_\_\_\_\_ & MATOS, Maurílio de. **A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. In. Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRESSER, Pereira Luiz Carlos. **A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle social**. Brasília-DF, MARE, 1997.

BUENO, Wanderlei Silva; Emerson Elias MERHY. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** São Paulo: Texto apresentado para publicação Ver Saúde. *Saúde em Debate*, maio de 1997.

BUSS Paulo Marchiori.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

BUSS, P. M. **Saúde e qualidade de vida**. In: Costa, N.R. & Ribeiro, J.M. org. Política de saúde e inovação institucional. Rio de Janeiro: Sde/Ensr, 1996.

BUSS, P. M. **Globalização, pobreza e saúde**. Conferência Leavell apresentada no VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública, Rio de Janeiro, agosto de 2006. Disponível em: [www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br). Acesso em: 20/10/09.

CAMPAGNONE, M.C. **Gerente municipal: um profissional da gestão local**. In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL (CEPAM). O município no século XXI: cenários e perspectivas. São Paulo, 1999. p.25-38.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de saúde coletiva (Portuguese Edition)** Publisher: Hucitec. Edition: Hardcover, 2006.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G.W.; MERHY E.E.; CECILIO, L.C.Q. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, Rosana Onocko. **Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre o planejamento estratégico em saúde nos anos noventa no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(3):723-731, jul. set. 2000.

CAMPOS, C. E. A. **Os princípios da medicina de família e comunidade.** Revista de atenção primária em saúde. v. 8. n.2, jul/dez. 2005.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas das iniquidades sociais em saúde no Brasil.** Relatório CNDSS: Brasília, DF, 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República.** Setembro de 2006. Disponível em: [www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br).

*COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). A conceptual framework for action on social determinants of health.* Disponível em [www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br). Acesso: Fevereiro, 2007.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH) sustaining global interest on this topic in the years to come, after the formal end of the. In. *Civil Society Update. January 2006.* disponível: [www.who.int/social\\_determinants/resources/cs\\_update.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/cs_update.pdf).

CARMO, EH, Barreto ML, Silva Jr JB. **Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século.** Epidemiologia Serviços de Saúde, 2003.

CARLINI-COTRIM, B. **Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias.** Revista Saúde Pública, v.30, n.3, 1996.

CARNEIRO, Thaísa S. **Dicustindo a estratégia saúde da família em Campina Grande/PB: um neo-PSF às avessas?** Monografia de Graduação em Serviço Social (digitada). Campina Grande: UEPB: 2008

CARTA DE OTTAWA. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde.** Disponível em:<[www.opas.org.br/promocao](http://www.opas.org.br/promocao)>. Acesso: 20 de julho, 2008.

CARTA DO RIO DE JANEIRO. **Seminário “seguridade social e cidadania”.** Realização - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Rio de Janeiro, setembro, 2008.

CARVALHO, G. **Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impigem os que com ela lucram.** Saúde em Debate, v. 29, n. 69, p. 99-104, 2006.

CASTRO, Adriana. MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde.** Revista Saúde em Debate; v. 175 - São Paulo: Hucitec; OPAS, 2006.

CARVALHO, Raul de.; IAMAMOTO, M.V. **Relações sociais e serviço social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1992.

CEBES. DOCUMENTO. **Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável.** *Twenty years of SUS: celebrating achievements, repudiating the unacceptable.* Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 185-188, jan./abr. 2009.

\_\_\_\_\_. **FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA; ABRASCO – CEBES – ABRES – AMPASA – REDE UNIDA. O SUS pra valer: universalizado, humanizado e de qualidade.** Saúde em Debate. v. 29, n. 71, p. 385-396, 2006.

CEPAL. **Enfrentando o futuro da proteção social: acesso, financiamento e solidariedade.** Documento elaborado para o trigésimo primeiro período de sessões da CEPAL. Montevidéo, Uruguai, 20 a 24 de março, 2006.

CECÍLIO, L. C de O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde.** In: Pinheiro, R & Mattos, R. A de. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ; IMS; Abrasco, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CEFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política pública de saúde.** Brasília-DF: CEFESS, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Brasil sediará 1ª conferência mundial sobre desenvolvimento de sistemas universais de seguridade social e de saúde.** In Jornal do CNS, ano 5, Brasília, 2009, p.5.

CHADWICK, Edwin. **The sanitary conditions of the labouring population of Great Britain (1842)**. In. "Chadwick's Report on Sanitary Conditions". *excerpt from Report...from the Poor Law Commissioners on an Inquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain* (pp.369-372) (online source). added by Laura Del Col: to The Victorian Web.

COHN, A. **O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos**. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas das iniquidades em saúde no Brasil**. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COMERLATTO, Dunia.. COLLISELLI, Liane. Kleba, Elizabeth Kleba. MARTIELLO, Alexandre. Renk, Elisônia Carin. **Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais**. Revista *Katál*. Florianópolis v. 10 n. 2 p. 265-271 jul./dez. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 287**, de 08 de outubro de 1998.

CONTANDRIOPOULOS, Andre-Pierre [et al] **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais às práticas. Zulmira Maria de Araújo Hartz (Org.). Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

COSTA, Ana Maria. PONTES, Anna Cláudia Romano. ROCHA, Dias Gonçalves. **Intersetorialidade na produção e promoção da saúde**. In: SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde. [Org] Adriana Castro, Miguel Malo. Saúde em Debate; v. 175 - São Paulo: Hucitec; Opas, 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90**. Dissertação de Mestrado (Serviço Social). Recife: PPGSS/UFPE, 1998.

\_\_\_\_\_. **Racionalidade burocrática nos serviços de saúde: elementos para discussão no projeto da reforma sanitária brasileira**. In: O Poder em Debate. [Org.] Anita Aline Albuquerque Costa. Recife: Unipresse - Gráfica e Editora do NE; UFPE, 2001.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

CORDEIRO, Hésio. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2001.

CZERESNIA, Dina.; FREITAS, Carlos Machado de. [Org.]. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 4ª. Reimpressão. Fiocruz, 2008

\_\_\_\_\_. **O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

DECLARACION RIO. **11º Congreso mundial de salud pública. 8º congreso brasileño de salud colectivo**. Rio de Janeiro, 21 a 25 de Agosto de 2008.

DRAIBE, Sônia Miriam. **As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas**. São Paulo: Revista USP, 1993, p. 86 - 101.

\_\_\_\_\_. **Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas**. In: Barreira, M.C.R.N.; Carvalho, M.C.B. (Org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEI/PUC-SP, 2001. p.13 - 42.

\_\_\_\_\_. **Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental**. Informe Final do Projeto *Estudios de Descentralización de Servicios Sociales da División de Desarrollo Económico* da CEPAL. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - Universidade Estadual de Campinas. 1997.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. 2007 **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2**. Copenhagen WHO Regional Office for Europe (*Studies on social and economic determinants of population health n.,3*).

DIDERICHSEN, Evans and WHITEHEAD. 2001. **The social basis of disparities in health**. In Evans et al. (eds). 2001. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford UP.

DRUMOND, Michael F. **Como avaliar uma política de saúde**. Brasília-DF, 1979.

DOWBOR, Ladislau. **Gestão social e transformação da sociedade**. São Paulo: PUC/SP, Novembro, 1999. disponível: <http://www4.pucsp.br/pos/ecopol/downloads/ecopol/1999/gestao.pdf>

EDLER, F.C.; Suarez, J.M. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil**. In: A saúde como direito e como serviço. Amélia Cohn, Edison Nunes, Pedro R. Jacobi e Ursula S. Karsch. São Paulo, Cortez, 2ª ed. 1999.

ENGELS, F. **A Situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. Die Lage der Arbeitenden Klasse in England. (tradução: Rosa Camargo Artigas e Reginaldo Forti). São Paulo: Global, 1985.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. **As conferências nacionais de saúde na construção do SUS**. In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 83-119.

FALEIROS, Vicente de Paula; SILVA, Jacinta de Fátima Senna da.; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **A Construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

FAVERET, Filho, P.; Oliveira, P. **A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Dados, v. 33, n. 2, 1990.

FEE, E. **Disease and discovery: a history of the Johns school of hygiene and public health**. Baltimore :The Johns Hopkins University Press, 1987.

FELISBERTO, E. **Avaliação na assistência materno-infantil de um centro de referência para atenção materno-infantil: IMIP**. Recife, Revista do IMIP, Edição especial, ano 1995, vol. 09 – N.º 02 Dez/1995.

FELISBERTO, Eronildo. Carla Leal & Isabella Samico. **Referência na atenção pediátrica: uma emergência em pernambuco**. In Avaliação na assistência materno-infantil de um centro de referência para atenção materno-infantil. Zulmira de Araújo Hartz. Isabella Chagas Samico & Eronildo Felisberto. (org.) IMIP. Recife: Revista do IMIP, Edição especial, ano 1995, vol. 09, n.º 02 Dez. 1995.

FEUERWERKER, L. M. **Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: *nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System***. Interface - Comunicação Saúde, Educação., v.9, n.18, set/dez 2005.

FIORI, José Luís. **O veto do Império**. In Revista Carta Capital, Ano IX, nº244 de 11 de Junho de 2003.

FLEURY, Maria Sônia. **Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois**. *Revisiting “the democratic issue in the health sector: almost 30 years later*. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 156-164. Rio de Janeiro: Cebes, jan./abr. 2009.

\_\_\_\_\_. **S. O Pac e a saúde**. Boletim Cebes, n. 3, p.1-2, 2007.

\_\_\_\_\_. **Proteção social em um mundo globalizado**. *Saúde em Debate*, v. 29, n. 71, p. 305-314, Rio de Janeiro: CEBES, 2006.

\_\_\_\_\_. **Reshaping health care systems in Latin America: Toward fairness?** In:

\_\_\_\_\_ & Belmartino, S.; Baris, E. (Org.). **Reshaping health care systems in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Canada**: International Development Research Centre, 2000. p. 225-262.

\_\_\_\_\_. **Iniquidades nas políticas de saúde pública: o caso da América Latina**. *Revista Saúde Pública*, 1995.

\_\_\_\_\_. **Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

\_\_\_\_\_. **A reforma sanitária brasileira**. In: Ber linguier, G.; Teixeira, S.; Campos, G.. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo, Hucitec/Cebes, 1988.

\_\_\_\_\_. (Org.) **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez; Abrasco, 1989.

FLEURY, Maria Sônia; BHAIA, Lígia.; AMARANTE, Paulo. **Saúde em debate – fundamentos da reforma sanitária**. A questão democrática na área da saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

FRACOLLI, Lisaine A . FARIA, Liliam S. PEREIRA, Juliana Guisardi. MELCHIOR, Rosemara. BERTOLOZZI, Maria Rita. **Vigilância à saúde: deve se constituir como política pública?** *Revista Saúde e Sociedade*, v.17, nº.2. São Paulo, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa saúde da família: somos contra ou a favor?** *Saúde em debate*. v. 26. n. 60. p. 118-122. jan/abr. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2007.

FREIRE, Maria Lúcia. **O serviço social na reestruturação produtiva: espaços, programas e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2003.

FURTADO, A.H; CAMACHO, L.A. B. **Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro : Revista do CEBES, v.6, n.1. 2001.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas - série pesquisa em educação.** Líber Livro, 2005

GIL, A.C. **Método e técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1994.

GIOVANELLA, Lígia. ESCOREL, Sara. LOBQATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. NORONHA, José de Carvalho & CARVALHO, Antonio Ivo de. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: tab., graf. Co-Edição CEBES, 2008.

GODOY, Paulo (2008), Resenha: **A Situação da classe trabalhadora na Inglaterra (Friedrich Engels -1820/1895).** In: Grupo de Pesquisa Análise e Planejamento Territorial – GPAPT <http://www.rc.unesp.br/igce/planejamento/gpapt/gpapt.htm>

GHON, Maria da Glória M. **Conselhos gestores e participação sócio-política.** São Paulo, Cortez, 2004.

GRAU, E.R. **O direito posto e o direito pressuposto.** São Paulo: Malheiros, 2000.

HARTZ, Zulmira de Araújo [Org]. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z.M. de A. **Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento.** Revista Divulgação em Saúde para o Debate. n.21, Rio de Janeiro: Ediuoro Publicações, 2000.

HELLER, A. **Teoría de las necesidades en Marx.** Barcelona: Ediciones Península, 1986. 1986.

\_\_\_\_\_. **O homem do renascimento.** Lisboa: Presença, 1982.

IAMAMOTO, Marilda V. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2ª. ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **“O serviço social na contemporaneidade: trabalho profissional e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_ & CARVALHO, Raul. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-sociológica**. São Pulo: Cortez, 1982

IANNI, Octávio. **Teorias da globalização**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

INJOSA, Rose Marie. **Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional / *Intersectoriality and the configuration of a new organizational paradigm.*** ; 32(2):35-48, mar.-abr. 1998.

JULLIEN, Françoise. 1951 -**Tratado da eficácia**. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Ed. 34, 1998 (Coleção TRANS).

JUNQUEIRA Luciano A. Prates. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor**. Revista Saúde e Sociedade, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

\_\_\_\_\_. **Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde / *Intersectoriality, transectoriality and social networks in the health área.*** Revista Administração Pública; 34(6):35-45, nov.-dez. 2000.

\_\_\_\_\_. **Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade**. Revista FEA-PUC/SP, São Paulo, v. 1, p. 57-72, nov. 1999.

\_\_\_\_\_. **Descentralização e Intersetorialidade: um novo modelo de gestão municipal**. Venezuela, 1997. [Texto apresentado no II Congresso Interamericano del CLAD, [Isla Margarita]. 1997.

JUNIRO, Aluísio Gomes da Silva. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: debate no campo da saúde coletiva**. SP: Hucitec, 1998.

KISS, Ligia Bittencourt. SCHRAIBER, Lília Blima & D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a**

**mulheres em situação de violência.** Interface. Comunicação, Saúde, Educação. v.11, nº.23, p.485-501, set/dez 2007.

KRUEGER, RA. **Focus Group: a practical guide for applied research.** Newbury Park: Sage Publications, 1988.

LAUREL, Asa Cristina. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo** 2ª Ed. Cortez Editora, 1995

\_\_\_\_\_. **A saúde-doença como processo social.** Asa Cristina Laurell (org.); revisão técnica de Amélia Cohn; Tradução de Rodrigo Leon Contrera. \_ Publicação / São Paulo: Cortez, 1995.

LOJKINE, Jean. **A revolução informacional.** São Paulo: Cortez, 1995.

LOPES, Roseli Esquerdo & MALFITANO, Ana Paula Serrata Malfitano. **Ação social e intersectorialidade: relato de uma experiência na interface entre saúde, educação e cultura.** Revista Interface. Comunicação, Saúde, Educação. v.10, nº.20, 2006

LERVOLINO, SA.; PELICIONI, MCF. **A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde.** Revista da Escola de Enfermagem – USP. v. 35, nº.2, p.115-21, jun, 2001.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** Ciência & Saúde Coletiva. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde; Rio de Janeiro: Abrasco, Col. 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo, 1997. **Transição x Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. mm estudo sobre as reformas da política nacional de saúde - 1974/1996.** Tese de Doutorado (Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LIMA, Julio Cesar França (orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 91–122.

LIMA, J. de C.; AZOURY, E.B; BASTOS, L.H.de C.V.; COUTINHO, M. de M.; PEREIRA, N. do N.; FERREIRA, S.C. da C. **Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.** Saúde em Debate, 26(60):62-70, 2002.

LIPIETZ, Alain. **Redeploiment et le space economique.** Paris: *Travaux et Recherches de Prospectives*, set, 1982.

LUCHESE, Geraldo. **Burocracia e política de saúde: arena ou ator?**. In Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. Sonia Fleury (org.). 2ª ed. Rio de Janeiro: Abrasco [Coleção Pensamento Social e Saúde], 1995.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais/ *New to know and practical in public health: corporal study on medical rationalities and activities.*** 3 ed. – São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005

\_\_\_\_\_. **Dois questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano**. Ciência & Saúde Coletiva. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Rio de Janeiro, p. 293-312, 2000.

\_\_\_\_\_. **A arte da cura versus a ciência das doenças: A história social da homeopatia no Brasil (1840-1990)**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.

\_\_\_\_\_. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX**. In: CANESQUI, A. M. (Org.). Ciências Sociais em Saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Racionalidades médicas e a terapêutica alternativa**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ [Série Estudos em Saúde Coletiva nº. 62], 1993.

\_\_\_\_\_. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática” – anos 80**. Saúde em Debate. Londrina, nº. 32, 1991.

\_\_\_\_\_. **Natural, racional e social. Razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MACHADO, Cristiani Vieira; NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de. **A Gestão do Sistema Único de Saúde: Características e tendências**. In. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MACHADO Jorge Mesquita Huet; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes**. Health promotion and intersectoriality: experience of occupational health surveillance in the construction of networks. Epidemiologia Serviços de Saúde vol.12 no.3 Brasília Sept. 2003

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. Tradução: Carlos Eduardo Silveira Mattos, Regis de Castro e Dinah de Abreu Azevedo. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1980.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **Desvendando o social no governo Lula: a construção de uma nova base de apoio**. In: Adeus as Desenvolvimento – a opção do governo Lula. PAULA, João Antônio de. [Org.]. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

MARX, Karl. **O Capital - livro I e II: Processo de produção do Capital**. Trad. Reginaldo Sant'Ana. Rio de Janeiro: Bertrand, 1989.

\_\_\_\_\_. **Capítulo VI (inédito)**, 1a. ed. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas Ltda, 1978.

\_\_\_\_\_. **Introdução a crítica da economia política (1857)**. In: Marx. São Paulo: Abril Cultural, 1974. (Coleção Os Pensadores).

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?** Cadernos Saúde Pública. Rio de Janeiro, p. 163- 171, 2002.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: MATTOS, R.A de.; PINHEIRO, R. (Org.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. **Integralidade e a formulação de políticas de saúde**. In: MATTOS, R.A de.; PINHEIRO, R. (Org.) Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

\_\_\_\_\_. & PINHEIRO, Roseni (Org.) **Razões públicas para a integralidade em saúde - o cuidado como valor**. 2ª Ed. CEPSC; IMS; UERJ; ABRASCO, 2009.

\_\_\_\_\_. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MCKEOWN. T. **Qualidade em saúde**. Revista Saúde em Debate n.º. 03. Brasília-DF: CEBES, 1976.

MEHRY. Emerson Elias. **O SUS e um dos seus dilemas de mudar a lógica do processo de trabalho: um ensaio sobre a micropolítica do processo de**

**trabalho em saúde.** In Saúde e Democracia: a luta do CEBES. Sonia Fleury (organizadora). São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MENDES, Rosilda.; BOGUS, Cláudia Maria.; AKERMAN, Marco. **Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo.** Saúde soc. [online]. 2004, vol.13, n.1, pp. 47-55. ISSN 0104-1290.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia no projeto neoliberal.** In: Mendes, E. V. (org.) Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993. p. 19-91.

MÉSZÁROS. István. **A crise estrutural do capital.** Título Original: *Capital's unfolding systemic crisis*. Tradução: Francisco Raul Cornejo e outros. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2006, vol.11, suppl., pp. 1259-1267.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_ & SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade?** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.9, n.3, jul/set, 1993.

MIOTO, Regina Célia Tamaso.; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Desafios atuais do sistema único de saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** In Serviço Social e Saúde / Ana Elizabete Mota.[et. al.], (Org.). – São Paulo: OPS; OMS, MS, 2006.

MORGAN, DL. **Focus group as qualitative research.** Sage university paper series in: Qualitative research methods. Newbury Park: Sage Publications, 1988.

MOTA, Ana Elisabete. **A centralidade da assistência social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000**. In: O Mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade / Ana Elisabete Mota [org.]. - 2ª ed. ver e ampl.- São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Seguridade social no cenário brasileiro**. Revista *Ágora*. Ano I, n.1, outubro de 2004. Rio de Janeiro: p. 1-20, 2004 [www.assistentesocial.com.br](http://www.assistentesocial.com.br)

\_\_\_\_\_. **Cultura da crise e seguridade social: tendências e perspectivas da previdência e da assistência social brasileira – nos anos 80 e 90**. 1ª. Edição. São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. & MARANHÃO, Cezar.; SITCOVSKY, Marcelo. **As tendências da política de assistência social: o Suas e a formação profissional**. In: O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade / Ana Elisabete Mota [org.]. - 2ª ed. ver e ampl.- São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_ & AMARAL, Ângela Santana do. **Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social**. In A nova fábrica de consenso. [Org.] Ana Elisabete Simões da Mota. São Paulo: Cortez, 1998.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. **Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade**. *Ciência & Saúde Coletiva* vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Abr. 2007.

MOTTA, Luciana Branco da. & AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. **Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade**. In *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2). Rio de Janeiro: Ims; UERJ; Abrasco, 2001.

NEGREIROS, Valéria de Queiroz Diógenes. **A Clínica em álcool e drogas: o desafio da CAPS AD-Leste de Natal**. Projeto Monografia da Especialização em Saúde Mental. Ministério da Saúde / Fundação Osvaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Secretaria Municipal de Saúde de Natal. Natal/2003

NEGRI, Barjas e VIANA, Ana Luiza d'Ávila. (org). **O Sistema único de saúde em dez anos de desafios**. São Paulo, SOBRAVIME; CEALAG, 2002.

NETTO, José Paulo. **Democracia e transição socialista: escritos de teoria e política**. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

NOGUEIRA, V.M.R. **Avaliação e monitoramento de políticas e programas Sociais – revendo conceitos básicos**. Revista Katálysis. Florianópolis: Editora da Efsc, nº.1, junho, 1997.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **A saúde pelo avesso**. Natal, RN: Seminário, 2003.

\_\_\_\_\_. **Perspectiva da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

\_\_\_\_\_. **O trabalho em serviços de saúde**. [adaptação do texto apresentado no seminário: O Choque teórico, promovido pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio]. [mimeo]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1991.

\_\_\_\_\_. **Capital e trabalho nos serviços de saúde. Introdução ao conceito de serviços; determinação geral**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1989 [mimeo].

\_\_\_\_\_. **O processo de produção dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; ENSP, 1990.

NORONHA, Ana Beatriz de. **Revista RADIS. Compreendendo o temário da Conferência**. FIOCRUZ, 2003.

\_\_\_\_\_. Ana Beatriz de. **Revista RADIS. Cronologia das Conferências: seis décadas de história**. FIOCRUZ, 2003.

NORONHA, José de Carvalho; LIMA, Luciana Dias de.; MACHADO, Cristiane Vieira. **A gestão do sistema de saúde: características e tendências**. In. Saúde no Brasil. Contribuições para a agenda de prioridades de Pesquisa. Ministério da Saúde – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

ONOCKO, R. **O planejamento no divã ou análise crítica de uma ferramenta na gênese de uma mudança institucional**. Dissertação Mestrado (Saúde Coletiva). Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Salud mundial**. Genebra: OMS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

PAIM, Jainilson Silva. **Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Revista Saúde em Debate, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e a crítica.** Salvador/Rio de Janeiro: Edufba; Fiocruz, 2008.

- \_\_\_\_\_ . **A reforma sanitária brasileira e o sistema único de saúde: dialogando com hipóteses concorrentes.** Revista de Saúde Coletiva: Physis vol.18 no.4 Rio de Janeiro 2008. doi: 10.1590/S0103-73312008000400003.

\_\_\_\_\_. **Atenção a saúde no Brasil.** Saúde no Brasil. Contribuições para a agenda de prioridades de Pesquisa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Políticas de saúde no Brasil.** In: Rouquayrol, M.Z.; Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde.* Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

\_\_\_\_\_. **Modelos assistenciais: Reformulando o pensamento e incorporando a Proteção e a Promoção da Saúde.** Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>.> S/d. Acesso em 17/09/2007.

\_\_\_\_\_, **Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira.** Brasil. Ministério da Saúde: Carta de Brasília. Documento final do 8º. Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Brasília-DF: CFM, n. 156, p. 12-13, ago./out. 2005.

PAIVA, B.A. de. O SUAS e os direitos socioassistenciais: a universalização da seguridade social em debate. Revista Serviço Social & Sociedade, nº87. São Paulo: Cortez, 2006.

PERDOMO, G. **Financiamiento de los sistemas de salud. Exposición en el segundo foro internacional: reforma de EsSalud “alternativas para un modelo tradicional agotado”.** Hacia una mejor atención de los asegurados. Lima-Peru: 26 de Set. 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. **A saúde no sistema de proteção social brasileiro.** In. Ser Social: revista do Programa de Pós-graduação em Política Social / Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social – v.1, n.1 (1º semestre, 1998). Brasília, SER Social UnB Janeiro a Junho, 2002.

\_\_\_\_\_. **Necessidades humanas: subsídios a crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. **Como conjugar especificidade e intersetorialidade na construção e implementação das políticas de assistência social.** In. Revista Serviço Social & Sociedade. Nº 74. São Paulo: Cortez, mar. 2004

POSSAS, CA. ***Social ecosystem health: confronting the complexity and emergence of infectious diseases.*** Cadernos de Saúde Pública, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Revista de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2001; 35(1):103-9.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. ***Redesenhando a rede de saúde na cidade do Natal.*** Secretaria Municipal de Saúde do Natal – Natal/RN, 2007.

RAICHELLIS DEGENSZANJN, Raquel. **Processos de articulação na perspectiva territorial.** ARREGUI, Carola Carbajal; BLANES, Denise Néri (Orgs.) Metodologia do trabalho social. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2008.

RADIS – Comunicação em Saúde. **A dívida com a atenção básica.** Rio de Janeiro, nº. 59, p12-17, Julho, 2007.

\_\_\_\_\_. **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade.** Rio de Janeiro, nº. 49. p. 20-27, Setembro, 2006.

REIS, Carlos Octávio. **Co-pagamento nos hospitais universitários.** In Financiamento para Gestão do Setor Saúde: novos modelos. [Org]. Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi e Luiz Fernando Rangel. Rio de Janeiro, 1989.

RIBEIRO, Regina Celia. **A construção de um município saudável: descentralização e intersetorialidade – experiência de Fortaleza.** Revista Saúde e Sociedade 6(2):47\_54, 1997.

RIVERA, F. Javier Uribe [Org]. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico.** São Paulo, Cortez, 1989.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 2ª. Ed. São Paulo: Atlas, 1989.

ROCHA. Paulo de Medeiros. **No limiar do século XXI: globalização e saúde – desafios da proteção social no Brasil dos anos 90.** Tese de Doutorado (Saúde Coletiva) Ims/Uerj, 1997.

RODRIGUES. Paulo Henrique. **Do triunfalismo à burocratização: a despolitização da reforma sanitária brasileira.** Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva). IMS/RJ. Rio de Janeiro, 1999.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. 2ª ed. Tradução: Marcos Fernandes da Silva Moreira. Colaboração: José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: UNESP; Hucitec; Abrasco, 1994.

\_\_\_\_\_. **A evolução da medicina social**. In: Nunes, C.D. (org). Medicina social. aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

ROSE, G.; MARMOT, M. **Social class and coronary heart disease**. *British Heart Journal*, p. 13-19, 1981.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **A Reforma sanitária e o sistema único de saúde: tendências e desafios após 20 anos / Sanitary Reform and SUS: tendencies and challenges after 20 years**. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. 2ª Ed. *Revista Amp*. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

- **SCHRAMM, José Mendes de Andrade [et al]**. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva 9(4) 897-908, 2004.**

SILVA, Jacinta de Fátima Senna da; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: MS, 2006.

- SILVA, Jarbas Barbosa da; BARROS, Marilisa Berti Azevedo. **Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história / Epidemiology and inequality: notes on theory and history**. In. Rev Panam Salud Publica vol.12 no.6 Washington Dec. 2002 doi: 10.1590/S1020-49892002001200003

SILVA JUNIOR, A. G. da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: O debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, J. P. V.da; LIMA, J. de C. **Sistema único de saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária brasileira**. Escola Técnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). Textos de apoio em política de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SILVA, Ricardo Toledo. **Eficiência e eficácia na ação governamental: uma análise comparativa de sistemas de avaliação: relatório técnico**. Brasília – DF: IPEA, 2002.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Sistema único de saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção.** *Twenty years of SUS: advancement and dilemmas of a process underconstruction.* Saúde em Debate, v. 33, n. 81, p. 38-46. Rio de Janeiro, jan./abr. 2009.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina.** [Coleção Questões da Nossa Época, n. 78]. São Paulo: Cortez, 2000.

SMALLMAN-RAYNOR, M. & PHILLIPS, D., 1999. **Late stages of epidemiological transition: Health status in developed world.** *Health Place*, 5:209-222. 1999.

SPOSATI, Aldaíza. **Gestão Pública intersetorial: sim ou não?** Comentário de experiência. In. Revista Serviço Social & Sociedade. Nº 85. São Paulo: Cortez, mar. 2006

\_\_\_\_\_. **O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social.** Serviço Social & Sociedade, n. 87, Ano XXVII. São Paulo: Cortez, 2006, p. 96-122..

\_\_\_\_\_. **Serviço social em tempos de democracia.** Serviço Social & Sociedade, n. 39, Ano XIII. São Paulo: Cortez, 1992, p. 5-30

STIGLITZ, Joseph E. **A globalização e seus malefícios.** 3ª. Ed. São Paulo: Futura, 2002.

SUSSER, M. **Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future.** *J Epidemiol Community Health*, n. 52, p. 608-611, 1998.

TARLOV, A. **Social determinants of health: the sociobiological translation.** In. BLANE, D.; BRUNER, E.; WILKSON, R. (Eds.) *health social organization.* London: Routledge. P. 71-93, 1996. Revista Brasileira de Ciência do Solo. In.

TEXEIRA, C.F.; Solla, J.P. **Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas.** In: Lima, N.T.; Ger shman, S.; Edler , F.C.; Suare z, J.M. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TEIXEIRA, C.F; Paim, J.S. **A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior.** Saúde em Debate, v.29, n. 31, p. 268-283. Rio de Janeiro, 2005.

TEIXEIRA, M. da G. L. C. **Seminário nacional de vigilância epidemiológica, 1993.** Brasília. Anais. Brasília, DF: Centro Nacional de Epidemiologia, 1993.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do serviço social: formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, A. M. de, GAMA, A. & MONNERAT, G. L. (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: CORTEZ; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: HUCITEC; FIOCRUZ, 2006.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **O taylorismo e a construção da medicina das classes populares**. Rio de Janeiro, CEBES: Rev. Saúde em Debate. Junho, 1988.

VIANA, Ana Luiza D'Avila. **Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas / New risks, the city and the intersectoriality of public policies**. Rev. adm. pública;32(2):23-33, mar.-abr. 1998.

VIANNA, Maria Lúcia T. Werneck. **A revolução passiva: iberismo e americanismo no Brasil**. 2ª. Ed. (revista e ampliada). Rio de Janeiro: Revan, 2004.

\_\_\_\_\_. **Reforma da previdência: missão ou oportunidade perdida?** In: MORHY, Lauro [Org.]. Reforma da Previdência em questão. Brasília: UnB, P. 317-336, 2003.

\_\_\_\_\_. **As armas secretas que abateram a seguridade social**. In O Desmonte da Nação: balanço do governo FHC. Ivo Lesbaupin [Org.]. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

VILLERMÉ, L. R. **Reseña del estado físico y moral de los obreros de las industrias del algodón, la lana y la seda**. In: Buck, C.; Llopis, A.; Nájera, E.; Tenis, M. **El desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas**. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1988. p. 34-7. (OPAS - Publ. Cient., 505).

WALDMAN, E. A. **As concepções de vigilância como instrumento de saúde pública e a implantação do SUS**. In: CARVALHO, D. M. de; MOTA, E. L. A.; TEIXEIRA, M. da G. L. C. SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1993, Brasília. *Anais*. Brasília, DF: Centro Nacional de Epidemiologia, 1993. p. 45-51.

WATERS, W. F.. **Globalization, socioeconomic restructuring, and community health**. *Journal of Community Health*, 26:79-92. 2001.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

WILLIS, E; GARMAN, C. da C.B; HAGGARD, S. **The politics of decentralization in Latin América**. *Latin American Research Review*, v.34/n.1, 1999.

## **APÊNDICE**

## **APÊNDICE - A**

### **ROTEIRO DISCUSSÃO / GRUPO FOCAL**

1. Que demandas chegam ao SS podem ser qualificadas de caráter intersetorial?
2. Por que essas demandas chegam ao SS?
3. Qual o envolvimento dos demais profissionais com a resposta a tais demandas?
  - 3.1 - Em geral, quem faz as articulações? (explícite em ordem de envolvimento)  
( ) Equipe ( ) Assistente Social ( ) Assistente Social e Outros:  
Quais? \_\_\_\_\_
4. Em que consiste esse trabalho de articulação intersetorial? Quais as principais atividades e mediações que vocês consideram de caráter intersetorial? / Listar as ações e mediações mais comuns, frequentes no cotidiano profissional. Refletir sobre exemplos.
5. Quais as áreas, setores ou políticas que o AS mais precisa articular / contactar? Como? Que atividades e estratégias são realizadas?
6. O S.S faz acompanhamento acerca do resultado (resolutividade) dos encaminhamentos feitos - articulação de acesso a outros serviços?
7. A equipe de S.S finaliza os casos registrando a sua conclusão? Sistematiza os problemas mais frequentes? O que faz com a informação? Ex. Encaminha relatórios a órgãos competentes? Discute com a direção? As informações são consideradas no planejamento das atividades do SS? E da instituição?

## **ANEXOS**

## ANEXO – 1 Portaria GM 2048, de 03 de setembro de 2009



Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro

- PORTARIA Nº 2.048, DE 3 DE SETEMBRO DE 2009

Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei Complementar Nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das Leis e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos;

Considerando o Decreto Nº 4.176, de 28 de março de 2002, que dispõe sobre os trabalhos de consolidação dos atos normativos no âmbito do Poder Executivo e determina, em seu art. 43, a instituição de Comissões Permanentes de Consolidação e Revisão de Atos Normativos aos Ministérios e aos órgãos da estrutura da Presidência da República;

Considerando a Portaria Nº 1.035, de 4 de junho de 2002, do Ministério da Saúde, que cria a Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos do Ministério da Saúde, e a Portaria Nº 1.208, de 22 de maio de 2008, do Ministério da Saúde, que a altera sua composição;

Considerando a Portaria Nº 815, de 29 de abril de 2008, do Ministério da Saúde, que aprova o Regimento Interno da Comissão Permanente de Consolidação e Revisão de Atos Normativos do Ministério da Saúde, atribuindo a esta, no inciso IV do art. 2º, a competência para elaborar e revisar, periodicamente, o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da legislação infralegal consolidada, dispondo sobre sua organização e funcionamento; e

Considerando a necessidade de promover o processo de conhecimento, identificação e valorização do Sistema Único de Saúde, por meio da normatização infra-legal pelo Ministério da Saúde, gestor nacional do Sistema, resolve:

Art. 1º Aprovar o Regulamento do Sistema Único de Saúde - SUS, nos termos do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Ficam revogados os seguintes atos normativos do Ministério da Saúde: Portaria Nº 582, de 30 de junho de 1989; Portaria Nº 980, de 26 de dezembro de 1989; Portaria Nº 796, de 29 de maio de 1992; Portaria Nº 545, de 20 de maio de 1993; Portaria Nº 799, de 20 de julho 1993; Portaria Nº 1.016, de 26 de agosto de 1993; Portaria Nº 772, de 7 de abril de 1994; Portaria Nº 2.163, de 29 de dezembro de 1994; Portaria Nº 2.415, de 12 de dezembro de 1996; Portaria Nº 3.040, de 31 de junho de 1998; Portaria Nº 3.407, de 5 de agosto 1998; Portaria Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998; Portaria Nº 263, de 31 de março de 1999; Portaria Nº 5.153, de 7 de abril de 1999; Portaria Nº 710, de 10 de junho de 1999; Portaria Nº 935, de 22 de julho de 1999; Portaria Nº 937, de 22 de julho de 1999; Portaria Nº 985, de 5 de agosto de 1999; Portaria Nº 1.091, de 25 de agosto de 1999; Portaria Nº 106, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria Nº 333, de 24 de março de 2000; Portaria Nº 486, de 16 de maio de 2000; Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000; Portaria Nº 799, de 19 de julho de 2000; Portaria Nº 901, de 16 de agosto de 2000; Portaria Nº 1.183, de 25 de outubro de 2000; Portaria Nº 1.315, de 30 de novembro de 2000; Portaria Nº 235, de 20 de fevereiro de 2001; Portaria Nº 401, de 29 de março de 2001; Portaria Nº 814, de 1º de junho de 2001; Portaria Nº 822, de 6 de junho de 2001; Portaria Nº 1.531, de 4 de setembro de 2001; Portaria Nº 1.559, de 6 de setembro de 2001; Portaria Nº 1.893, de 15 de outubro de 2001; Portaria Nº 2.009, de 30 de outubro de 2001; Portaria Nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001; Portaria Nº 1.968, de 25 de outubro de 2001; Portaria Nº 251, de 31 de janeiro de 2002; Portaria Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002; Portaria Nº 371, de 4 de março de 2002; Portaria Nº 541, de 14 de março de 2002; Portaria Nº 703, de 12 de abril de 2002; Portaria Nº 816, de 30 de abril de 2002; Portaria Nº 305, de 3 de maio de 2002; Portaria Nº 1.060, de 5 de julho de 2002; Portaria Nº 423, de 9 de julho de 2002; Portaria Nº 1.560, de 29 de agosto de 2002; Portaria

Nº 1.686, de 20 de setembro de 2002; Portaria Nº 2.104, de 19 de novembro de 2002; Portaria Nº 2391 de 26 de dezembro de 2002; Portaria Nº 653, de 28 de maio de 2003; Portaria Nº 1.777, de 9 de setembro de 2003; Portaria Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003; Portaria Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003; Portaria Nº 20, de 3 de outubro de 2003; Portaria Nº 1.929, de 9 de outubro de 2003; Portaria Nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003; Portaria Nº 70, de 20 de janeiro de 2004; Portaria Nº 586, de 6 de abril de 2004; Portaria Nº 1.035, de 31 de maio de 2004; Portaria Nº 1.168, de 15 de junho de 2004; Portaria Nº 1.169, de 15 de junho de 2004; Portaria Nº 1.193, de 16 de junho de 2004; Portaria Nº 1426, de 14 de julho de 2004; Portaria Nº 340, de 14 de julho de 2004; Portaria Nº 1679, de 13 de agosto de 2004; Portaria Nº 2.073, de 28 de setembro de 2004; Portaria Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004; Portaria Nº 2.406, de 5 de novembro de 2004; Portaria Nº 2.692, de 23 de dezembro de 2004; Portaria Nº 2.529, de 23 de novembro de 2004; Portaria Nº 221, de 15 de fevereiro de 2005; Portaria Nº 343, de 7 de março de 2005; Portaria Nº 382, de 10 de março de 2005; Portaria Nº 401, de 16 de março de 2005; Portaria Nº 426, de 22 de março de 2005; Portaria Nº 1.161, de 7 de julho de 2005; Portaria Nº 1.391 de 16 de agosto de 2005; Portaria Nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005; Portaria Nº 5, de 21 de fevereiro de 2006; Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006; Portaria Nº 491, de 9 de março de 2006; Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria Nº 687, de 30 de março 2006; Portaria Nº 699, de 30 de março de 2006; Portaria Nº 931, de 2 de maio de 2006; Portaria Nº 971, de 3 de maio de 2006; Portaria Nº 1.010, de 8 de maio 2006; Portaria Nº 1.097, de 22 de maio de 2006; Portaria Nº 1.160, de 29 de maio de 2006; Portaria Nº 29, de 11 de julho de 2006; Portaria Nº 363, de 11 de agosto de 2006; Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006; Portaria Nº. 2.529 de 19 de outubro de 2006; Portaria Nº 3.027, de 26 de novembro de 2006; Portaria Nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006; Portaria Nº 3.125, de 7 de dezembro de 2006; Portaria Nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006; Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007; Portaria Nº 487, de 2 de março de 2007; Portaria Nº 487, de 2 março de 2007; Portaria Nº 1683, de 13 de junho de 2007; Portaria Nº 1.569, de 2 de julho de 2007; Portaria Nº 1.626, de 10 de julho de 2007; Portaria Nº 1.767, de 25 de julho de 2007; Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007; Portaria Nº 2.656, de 18 de outubro de 2007; Portaria Nº 2.759, de 26 de outubro de 2007, e a Instrução Normativa Nº 1, de 7 de março de 2005, todas do Ministério da Saúde, e as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde Nº 196, de 10 de outubro de 1996; Nº 251, de 7 de julho 1997; Nº 292, de 8 de julho de 1999 e Nº 340, de 8 de julho de 2004.

○ **JOSÉ GOMES TEMPORÃO**

○ <b><u>ANEXOS</u></b>		
<a href="#">ANEXO I</a>	<a href="#">ANEXO 4</a>	<a href="#">ANEXO II</a>
<a href="#">ANEXO II</a>	<a href="#">ANEXO 5</a>	<a href="#">ANEXO III</a>
<a href="#">ANEXO I DO ANEXO II</a>	○ <a href="#">ANEXO 6</a>	<a href="#">ANEXO IV</a>
<a href="#">ANEXO 2</a>	<a href="#">ANEXO 7</a>	<a href="#">ANEXO V</a>
<a href="#">ANEXO 3A</a>	<a href="#">PARTE III – REGULAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR</a>	<a href="#">ANEXO III – PACTO PELA SAÚDE 2006</a>
<a href="#">ANEXO 3B</a>	○ <a href="#">ANEXO I</a>	○ <a href="#">ANEXO-IV</a>
○		

## ANEXO – 2

Ilustrações de algumas **tecnologias assistivas** - cadeira de rodas; cadeira para banho; bengalas e muletas; colchão d'água; óculos; fraldas, etc.

 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cadeira de rodas Totalmente desmontável</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio para braços escamoteável</li> <li>• Apoio para pés removível e regulável em altura</li> <li>• Almofada em espuma injetada</li> <li>• Apoio para pernas elevável</li> </ul> </li> </ul>	 <p><b>Cadeira de rodas</b> Dobrável em X</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio para braços fixo</li> <li>• Apoio para pés fixo</li> <li>• Pneu traseiro inflável</li> <li>• Assento e encosto em nylon ou courvim</li> <li>• Pneu traseiro inflável</li> </ul>	 <p><b>Cadeira de rodas</b> Dobrável em X</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio para braços fixo</li> <li>• Apoio para pés fixo</li> <li>• Pneu dianteiro inflável</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadeira de rodas para banho</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadeira de rodas para banho <ul style="list-style-type: none"> <li>• Braços articulados</li> <li>• Assento removível</li> <li>• Apoio para pés removível</li> <li>• Freios nas rodas traseiras</li> <li>• Recipiente coletor</li> </ul> </li> </ul>	 <p><u><b>Cadeira de rodas para banho dobrável</b></u></p>

 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Colchão Bio air</b> Indicações</li> <li>• Prevenção das úlceras de pele causadas por pressão constante. Características em vinil resistente, flexível e impermeável. Composto de 185 células uniformes. Ciclo de ar alterado que estimula e massageia os tecidos inativos, promovendo a circulação.</li> </ul>  <p><u>Andador</u></p>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Colchão de Espuma Caixa de ovo</b></li> <li>• Confeccionado em espuma de poliuretano Recomendado para prevenção de escaras</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Andador com dupla empunhadura</b></li> <li>- Estrutura em alumínio</li> <li>- Altura ajustável</li> <li>- Dobrável</li> </ul>	 <p><b>Colchão D' água Liso</b></p> <p>Excelente na recuperação e tratamento dos pacientes acamados não causando pressão excessiva sobre o organismo, evitando o aparecimento de feridas.</p>  <p><u>Andador com banco</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Altura da manopla ajustável /</li> <li>• Freio com trava nas rodas traseiras /</li> <li>• Dobrável</li> <li>• Assento estofado /</li> <li>• Porta objetos</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Suporte para pescoço</b></li> <li>• Suporte para pescoço espuma visco elástica aliada às propriedades de gel, proporciona excepcional maciez e conforto</li> <li>• Proteção anti-ácaros, fungos e bactérias</li> <li>• Espuma de alta flexibilidade</li> <li>• Retorno lento</li> <li>• Se amolda ao contorno do corpo</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assento Elevado Carci SIT V</b></li> <li>• Confeccionado em plástico de alta resistência</li> <li>• Suportes laterais em alumínio</li> <li>• Altura: 11cm (Apoio ajustável:19 a 32cm)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Apoio Práxis</b></li> <li>• Suporte de segurança para vaso sanitário</li> <li>• Estrutura em alumínio</li> <li>• Ajuste para altura</li> <li>• Pode ser fixado diretamente sobre o vaso sanitário</li> </ul>
 <p>Cadeira para Box</p>	 <p>Cadeira Articulada para Box</p>	 <p>Barra de aço cromada</p>

 <p><b>Comadre em aço Inox</b></p>	 <p><b>Papagaio em aço Inox</b></p>	 <p><b>Comadre Plástico 200 ml</b></p>
 <p><b>Fralda (adulto)</b></p> <p>Fralda descartável para homens e mulheres. A parte exterior é de tecido respirável proporcionando máximo conforto, discrição e mobilidade. Apresentam costuras laterais que podem ser abertas permitindo uma troca fácil e higiênica do produto.</p>	 <p><b>Masculino (adulto)</b></p> <p>Absorventes para incontinência masculina leve. Seguro, flexível e discreto. Máxima segurança e liberdade de movimentos devido ao corpo absorvente especial e à forma anatômica.</p> <p><b>Absorvente</b></p>	 <p><b>Fralda (adulto)</b></p> <p>Fralda (adulto) - TENA altamente absorvente com um cinto SUPERFIT para fixação na cintura. Devido a este sistema único de fixação, cobre menos a cintura e é extremamente fácil de vestir, mesmo quando não exista ajuda disponível.</p>
 <p><b>Bengala em alumínio</b> / •      Manopla em madeira / • Ajuste de altura / •      Exclusivo sistema dobrável      • Disponível nas cores preta e marrom / •      Acompanha prática embalagem plástica</p>	 <p><b>Bengala com cabo curvo e com anel</b> A Bengala com cabo curvo e com anel é indicado para proporcionar equilíbrio ao caminhar. Não é um instrumento de apoio. preserva as características da madeira.</p>	 <p><b>Bengala 4 pontas</b> •      Estrutura em alumínio      • Regulável em altura</p>
 <p><b>Aspirador de Secreção AspiraMax</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso clínico, odontológico, veterinário e cirúrgico</li> <li>• Fácil limpeza e higienização</li> <li>• Portátil, silencioso, econômico e de fácil manuseio</li> <li>• Sem necessidade de manutenção e lubrificantes</li> <li>• Capacidade do recipiente : 1,3 litros</li> <li>• Sem acessórios</li> </ul>	 <p><b>Concentrador de oxigênio</b> Concentrador de oxigênio projetado para utilização no lar. É um dispositivo que separa o oxigênio do ar ambiente. Ele fornece alta concentração de oxigênio diretamente para a máscara ou cânula nasal.</p>	 <p><b>Shaker</b></p> <p>Produz vibrações e as transmite para a árvore brônquica do paciente, mobilizando as secreções e facilitando a expectoração. O que é o Shaker*? É um aparelho para fisioterapia respiratória, não descartável, para uso individual.</p>