

**CARLA AGDA GONÇALVES**

**DIREITOS À SAÚDE:**

**um estudo sobre as práticas dos assistentes sociais  
das unidades de saúde de Sorocaba – SP – 2006**

**MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

**São Paulo/ 2006**

**CARLA AGDA GONÇALVES**

**DIREITOS À SAÚDE:**

**um estudo sobre as práticas dos assistentes sociais das  
unidades de saúde de Sorocaba – SP – 2006**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de **MESTRE EM SERVIÇO SOCIAL**, sob a orientação da **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> MARIA LÚCIA CARVALHO DA SILVA**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
São Paulo/ 2006**

## **Banca Examinadora**

---

---

---

“Há uma idade que se ensina o que se sabe; mas vem em seguida outra, em que se ensina o que não se sabe: isso se chama pesquisa. Vem talvez agora a idade de uma outra experiência, a de desaprender, de deixar de trabalhar o remanejamento imprevisível que o esquecimento impõe a sedimentação dos saberes, das culturas, das crenças que atravessamos. Essa experiência tem, creio eu, um nome ilustre e fora de moda, que ousarei tomar aqui sem complexo, na própria encruzilhada de sua etimologia: sapientia. Nenhum poder, um pouco de saber, um pouco de sabedoria, e o máximo de sabor possível.”

(Roland Barthes)

## OFEREÇO

Ofereço esta dissertação aos assistentes sociais que atuam nas Unidades de Serviços Municipais de Saúde de Sorocaba, que, na correria do cotidiano, se predispuseram a compartilhar comigo estas reflexões. Ser sujeito de pesquisa, não é algo fácil, requer disposição para contribuir nesse processo de “descortinar” o cotidiano e disponibilidade para mudanças.

Sem a participação de vocês, esta dissertação não seria possível. Portanto a vocês todo o meu afeto, o meu carinho e minha consideração. Também as minhas desculpas, em especial às assistentes sociais da Policlínica, pela ausência e distanciamento nos últimos meses.

Contudo, só me resta dizer:

Muito Obrigada!

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho as pessoas mais importantes da minha vida...

Aos meus pais, João e Luzia, que partilharam comigo os sofrimentos, angústias, alegrias, conquistas, correrias etc. Sempre me ensinando a enfrentar as dificuldades e os desafios. Estando sempre torcendo por minha felicidade.

Aos meus irmãos, Gabriel Alexandre Gonçalves, mesmo longe, estava sempre preocupado com a elaboração da dissertação. A ausência de nossas conversas no dia-a-dia, pela distância, é compensada pela certeza de que ele está caminhando para o seu sonho de tornar-se um pesquisador. E minha querida irmã Ana Raquel Gonçalves, sinônimo de garra e determinação, me ensina que essas qualidades podem ser conquistadas em qualquer idade e a qualquer momento – todos os dias me aguardava chegar de São Paulo para brincarmos...

A minha avó, Elvira Lopes, que nesta ida à São Paulo, estava sempre com uma comida “quentinha”. Agradeço a preocupação e carinho.

Ao meu amado Ricardo Delgado, meu companheiro que pacientemente dividiu comigo as angústias, sofrimentos, alegrias, tristezas, inquietações. Mesmo, também, em fase de conclusão de sua dissertação, sempre tinha um tempo para conversas e debates...

Vocês estiveram ao meu lado em todos os momentos, acompanhando cada processo de elaboração, participando, dando suas contribuições. E, acima de tudo, cuidadosamente me respeitaram, compreenderam minhas ausências, inquietações, etc. torceram para que essa dissertação fosse efetivada. A vocês, as palavras fogem, a emoção adentra e o coração bate mais rápido. Restando apenas a certeza de que fazem parte cada vez mais da minha vida.

É com carinho e respeito que dedico esta dissertação à vocês, e só me resta uma coisa a dizer: **Amo vocês!**

## **AGRADECIMENTOS**

Os agradecimentos em uma dissertação, normalmente, representam o término da efetivação do trabalho. Ao pensar nos agradecimentos, muitas lembranças vêm à tona, histórias, sofrimentos, choros, alegrias, mas além de tudo, aprendizados. Essas experiências, embora de caráter individual, foram construídas e compartilhadas com várias pessoas. Hoje, consigo compreender melhor que a elaboração de uma dissertação nunca é solitária, mas fruto de muitas pessoas que direta ou indiretamente estiveram sempre presentes, discutindo idéias, me ensinando, aprendendo, compartilhando minhas angústias e alegrias. Por esse motivo que não poderia deixar de mencioná-los...

A amizade é o bem mais precioso desse mundo. É com os amigos que compartilhamos sonhos, angústias, tristezas, alegrias, enfim, um turbilhão de sentimentos perpassa quando pensamos neles. Tenho a alegria e a satisfação de poder dizer que tenho GRANDES amigos e que contei com eles na construção dessa dissertação:

- Rosani Loures Vicentino, presente em momentos importantes: o concurso na Prefeitura, a inscrição no mestrado, a conclusão da dissertação, o meu sonho em dar aulas... Sempre preocupada e carinhosa, me estimulando e auxiliando.
- Maysa Soares, eterna e grande amiga. Você é extremamente especial para mim;
- Tânia Puga, pela amizade, paciência, carinho e pelas “visitas domiciliares”;
- Ao casal Marina e Luís Gil, os conheci no final desse percurso, mas a preocupação e a disposição de vocês foram imprescindíveis e inigualáveis nessa dissertação.
- As “**super poderosas**” meninas da TB: Valquiria Gomes, Walderez Garcia, Maria da Conceição, Josefa Teles e Rosana Pupo (sem vocês não seria possível). Cada uma a seu modo, me compreenderam e respeitaram. Preocupadas, dispostas e amigas, partilharam os momentos mais difíceis nesta trajetória do mestrado. Cuidadosamente me auxiliando e respeitando os limites apresentados. OBRIGADA!
- Mauricéia Bonfim, paciente e constantemente presente. Aprendi com você que uma amizade verdadeira sempre está perto, mesmo quando longe;
- A todos do grupo Incore, aprendo muito com vocês. Desculpa pelas ausências...
- Carla Jacques, sempre preocupada e amiga. Obrigada pelos telefonemas;

-Ao Sr. João, sempre amigo e disposto a levar-me. Acompanhou fases importantes: a entrevista e o resultado da seleção do mestrado, o memorial, as orientações...

- À Maria Helena Severiano, Maria da Conceição, Maria da Conceição e Tadeu Passos, pela disposição e cuidado com a sistematização e formatação dos gráficos e a assessoria de informática. “Leninha” agradeço, também, pelo abstract.

- Terezinha Rodrigues, disposta e amiga;

- À Enf<sup>a</sup> Célia e a Dr<sup>a</sup> Edith, pela colaboração e auxílio, quando precisei.

-Ao Imapes, pela colaboração e preocupação nesta trajetória. Representado na pessoa da Coordenadora do curso de Serviço Social, Djanira Gayotto. Em especial à Professora Anna Beatriz, que compreendendo a importância, se dispôs a assumir as aulas até que eu pudesse retornar. E aos alunos do curso de Serviço Social, sempre preocupados e carinhosos. OBRIGADA!

Agradeço aos amigos que conheci na PUC-SP, no percurso do Mestrado. Vocês me auxiliaram nas discussões e na construção da trajetória da dissertação. Em especial à Vera Kellemen, Edna, Bruno e todo o pessoal do Núcleo de Saúde e Sociedade, muito obrigada!

Aos professores do Programa de Pós-graduação da PUCSP, pela rica contribuição, competência e ponderações no processo de formação profissional.

À Maria Lúcia Carvalho da Silva, orientadora competente. Sempre calma e ponderada, desde o início me fazia refletir com suas indagações acerca do objeto de pesquisa. Ainda recordo-me do primeiro contato que tivemos na entrevista de seleção ao Mestrado, e a partir daí, me acompanhou nesta caminhada rumo ao processo de construção da dissertação. À você faltam as palavras para expressar meu carinho, admiração e eterna gratidão.

E, acima de tudo, a CNPQ. Sem esta, tornaria impossível compartilhar e agradecer a elaboração desta dissertação.

**À TODOS O MEU MUITO OBRIGADA E ETERNA GRATIDÃO!**

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>CAPÍTULO I – APROXIMAÇÃO HISTÓRICA: Saúde e Serviço Social na realidade brasileira</b> .....	09
1. Os anos 1930/ 1964 .....	11
2. Período 1964/ 1988 .....	24
3. A década de 1990 e o limiar do século XXI .....	34
<b>CAPÍTULO II – DIREITOS SOCIAIS E DIREITOS DE SAÚDE: uma questão de cidadania</b> .....	42
1. Direitos Sociais: construção em movimento .....	47
2. Saúde: direito do cidadão e dever do Estado .....	50
<b>CAPÍTULO III – CARACTERIZAÇÃO DE SOROCABA E DOS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DE SAÚDE</b> .....	54
1. A Cidade e sua História .....	54
2. Estrutura Organizacional de Saúde em Sorocaba .....	58
3. Unidades de Serviços Municipais de Saúde: perfil e demandas dirigidas aos Assistentes Sociais .....	72
<b>CAPÍTULO IV – A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS À SAÚDE NAS UNIDADES DE SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SOROCABA: percepção dos Assistentes Sociais</b> .....	81
1. Visão dos sujeitos acerca dos direitos de saúde nas Unidades de Serviços Municipais .....	81

2. As práticas dos assistentes sociais na efetivação dos direitos à saúde .....	87
3. Limites, possibilidades e desafios na construção da consciência de Cidadania ..	97
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>104</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>114</b>
I. Questionário de Pesquisa (Perfil) .....	115
II. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Questionário) .....	118
III. Roteiro de Entrevista .....	119
IV. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista) .....	120

A presente dissertação tem por objetivo o estudo das práticas dos assistentes sociais nas Unidades de serviços municipais de saúde de Sorocaba/ SP e sua contribuição na efetivação dos direitos à saúde, na perspectiva sócio-histórica brasileira, focando as relações entre o Serviço Social, a Saúde e os Direitos Sociais. A metodologia abrangeu a pesquisa bibliográfica sobre os temas centrais, quais sejam, Serviço Social, Saúde, Direitos Sociais e Cidadania, bem como a pesquisa documental (leis, planos etc.), e a pesquisa de campo, de caráter quanti-qualitativo. Foram utilizados como procedimentos metodológicos, questionário e entrevista semi-estruturada. A análise dos dados fundamentou três núcleos: núcleo de concepções, núcleo de efetivação e núcleo de limites e possibilidades. Para o núcleo de efetivação, foram utilizados três eixos de inserção: ações de caráter emergencial; educação e informação em saúde; mobilização da comunidade e planejamento e assessoria. Os resultados obtidos evidenciaram que os assistentes sociais conhecem os direitos à saúde e buscam efetiva-los em suas práticas, com destaque ao direito à informação. Os resultados denotaram, ainda, uma fragilidade na efetivação dos direitos à saúde, face às características fragmentadas, pontuais e focalistas das práticas dos assistentes sociais, com ênfase nas ações individuais. Essas práticas exigem um compromisso coletivo e compartilhado entre os diversos profissionais que operacionalizam os SUS (Sistema Único de Saúde) e os usuários dos serviços, possibilitando, assim, condições para contribuir na construção, ampliação e efetivação dos direitos à saúde, à cidadania.

The present dissertation has for objective the study of the social workers' practices in the Units of Municipal Services of Health of Sorocaba State of São Paulo and its contribution in the guarantee of the rights to health. This object of the research had for context the perspective Brazilian socio-historical, focusing the relationships among the Social Service, the Health and the Social Rights. The methodology included the bibliographical research about the central themes of the study, which are, Social Service, Health, Social Rights and Citizenship; more a documental research (laws, plans etc.), and the research of field with quantitative and qualitative character. It was used as methodological procedures, questionnaire and interviews semi-structured. The analysis of data was based in three nuclei: nucleus of conceptions, nucleus of guarantee of right and nucleus of limits and possibilities. For the nucleus of guarantee of right, three axles of insertion were used: actions of character of emergency; education and information in health; mobilization of the community and planning and assessorship. The results were obtained evidenced that the social workers know the rights to the health and try to execute them in their practices, with prominence to the rights the information. The results denoted still, fragility in the warranty of the rights the health, front the fragmented characteristics, punctual and focused in the social workers' practices, with emphasis in the individual actions due to internal and external factors. Those practices demand a collective commitment and shared among the many professionals that work with SUS (Unique System of Health) and the users of the services, making possible, like this, conditions to contribute in the construction, enlargement and warranty of the rights to the health, to the citizenship.

## INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 estabelece em seu artigo 196 a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, definido enquanto resultante de políticas sociais e econômicas, cujas ações e serviços estão organizados por um Sistema Único de Saúde – SUS.

A saúde faz parte do “tripé” da Seguridade Social, juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social. A Saúde e a Assistência Social são de caráter não contributivo, ao contrário da Previdência Social que tem caráter contributivo de seguro social.

A saúde adquire o “status” enquanto política de direito, passando a se estruturar por um Sistema Único de Saúde (SUS) baseado em princípios como universalidade, igualdade e equidade, e diretrizes como: descentralização, integralidade e participação da comunidade.

As conquistas na área da saúde que culminaram na Constituição com a criação do SUS não são recentes, mas advêm de inúmeros processos e manifestações iniciados e implantados com o Movimento de Reforma Sanitária. Este movimento compreendia a sociedade como peça fundamental na construção, elaboração e avaliação desse modelo de saúde – SUS – enfatizando a autonomia da população no processo decisório com vistas à cidadania plena.

Outro grande avanço na área da saúde, advindo das conquistas que culminaram na Constituição de 1988, é a caracterização da universalidade de acesso nos serviços prestados, o que rompe com a histórica noção dos direitos à

saúde atrelados às relações de trabalho e destinados somente aos trabalhadores com carteira assinada.

Essas conquistas exigem um alargamento na intervenção do Estado, assumindo novas relações com a Sociedade Civil. Mas, paradoxalmente, as mudanças anunciadas pela política neoliberal exigem uma retração do Estado, enfatizando um Estado máximo para o capital e mínimo para as políticas sociais sob pretexto de aumentar os custos e gerar ônus.

O rebatimento das políticas neoliberais acarreta a precarização das políticas sociais, ou seja, passa a não ser garantidas plenamente pelo Estado. Isso reflete no cotidiano da vida das pessoas de diferentes formas em que se apresenta a agudização da questão social: desemprego, pobreza acentuada, violência entre outros – ocasionando, muitas vezes, problemas de saúde.

Ao buscar os serviços de saúde para a resolução de seus problemas, a população se depara com os serviços sucateados e precarizados, com atendimentos pontuais e emergenciais. A população recorre então ao Serviço Social como possibilidade de ter seus direitos garantidos, com acesso aos atendimentos necessários.

Sendo assim, os direitos construídos conjuntamente nas relações entre Estado e Sociedade Civil, que tiveram sua afirmação em lei, alteram sua caracterização enquanto pressuposto de cidadania plena e passam a ser efetivados com grandes limitações, muitas vezes em casos isolados e focalistas.

Neste contexto, emergiram nossas inquietações para o presente estudo, sobre o qual nos debruçamos durante o Mestrado, enquanto assistente social que atua na área da saúde de uma Policlínica de Especialidades, localizada na cidade de Sorocaba/SP. As práticas profissionais nos despertavam a vontade de estudá-las, sistemática e criticamente, com o objetivo de propor alternativas de mudanças na efetivação da saúde enquanto direito de cidadania.

A atenção voltada em estudar o SUS advém da sua relevância e prioridade no âmbito dos direitos sociais, definidos como lei na Constituição de 1988 e regulamentados nas leis orgânicas em 1990.

A efetivação do modelo do SUS, contudo, além de precarização das políticas sociais anteriormente apontadas, vem apresentando esses obstáculos ao longo do tempo e das realidades regionais e locais, notadamente pela falta de vontade

política das autoridades governamentais, e pela falta de compromisso e conhecimento dos princípios de saúde, tanto pelos funcionários como pelos usuários.

Concomitante às inquietações advindas da efetivação do SUS, perguntas permeavam sempre minhas reflexões sobre a prática do Serviço Social frente a esse modelo de saúde. Como o Serviço Social contribuía para a efetivação dos direitos à saúde dos usuários?

Buscando responder essa questão, definimos como fio condutor deste estudo as diversas e diferentes práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais nos espaços das Unidades de serviços Municipais de saúde de Sorocaba/SP que vêm se realizando, em geral, de forma fragmentada, pontual e focalistas, por condicionantes internos e externos<sup>1</sup>.

Delimitamos, então, o objeto desta pesquisa em torno da **análise das práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais nas Unidades de Serviços<sup>2</sup> Municipais de Saúde de Sorocaba/SP e sua contribuição na efetivação dos direitos à saúde.**

Este objeto requereu como abordagem metodológica a perspectiva dialética, tendo em vista a compreensão sócio-crítica do movimento da realidade. Percebe-se esse movimento como contraditório em constante alteração, fruto da dinamicidade da vida – influenciando e sendo influenciado pelas relações históricas. Como enfatiza Minayo:

A postura interpretativa dialética reconhece os fenômenos sociais sempre como resultados e efeitos da atividade criadora tanto imediata quanto institucionalizada. (...) toma como centro da análise a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis. (MINAYO, 2004: 232).

---

<sup>1</sup> Segundo Iamamoto, são condicionantes internos: "...geralmente referidos às competências do assistente social como, por exemplo, acionar estratégias e técnicas; capacidade de leitura da realidade conjuntural, habilidade no trato das relações humanas, a convivência numa equipe interprofissional etc." (IAMAMOTO, 2000: 94) E como condicionantes externos apresenta: "...conjunto de fatores que não dependem exclusivamente do sujeito profissional, desde as relações de poder institucional, os recursos colocados à disposição para o trabalho pela instituição ou empresa que contrata o assistente social às políticas sociais específicas, os objetivos demandas da instituição empregadora, a realidade social da população usuária dos serviços prestados etc." (IAMAMOTO, 2000: 94).

<sup>2</sup> Estamos compreendendo enquanto Unidade de Serviço a definição utilizada por Costa : "...as Unidades de Serviços são unidades de atendimento direto aos usuários, entre as quais se destacam os centros de saúde, os hospitais e os centros clínicos ou ambulatorios especializados." (COSTA, 2000: 38). No caso específico da cidade de Sorocaba, locus de nosso estudo, utilizaremos apenas os Centros Clínicos ou Ambulatorios Especializados, por serem as únicas unidades de serviços municipais de saúde que possuem assistentes sociais.

Frente a esse movimento, não podemos conceber os conhecimentos advindos dos resultados aqui apresentados como algo pronto e acabado, expressando a realidade concreta sem possibilidades de indagações e/ou modificações, até porque “...ao refletir a realidade, o conhecimento oferece sempre uma imagem mais grosseira do que o real...” (MINAYO, 2004: 90). O caminho metodológico adotado foi, assim, de aproximação da realidade.

O conhecimento acerca da realidade não pode ser expresso em sua imediatez, mas por um processo contínuo e incessante de reflexão da realidade e de suas prováveis determinações, alicerçado com as referências teóricas. Desta forma, realizamos a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental, bem como a pesquisa de campo.

Como aporte de fundamentação teórica para a análise, a pesquisa bibliográfica foi realizada durante todo o processo da dissertação, com os levantamentos da produção acadêmico-científica através de teses, dissertações nas áreas do Serviço Social, do Direito e da Saúde (principalmente na PUC-SP), bem como outras fontes bibliográficas como livros e sites existentes sobre a temática. Temos consciência de que não tivemos acesso a muitos referenciais bibliográficos, mas em hipótese alguma este fato revela menosprezo para com essas obras e, sim, à própria limitação do pesquisador. Elegemos como conceitos de referências da pesquisa: cidadania, direitos sociais e direitos de saúde.

A pesquisa documental se deu através de Planos Municipais de Saúde, Leis, documentos oficiais solicitados na Prefeitura, Fontes estatísticas como IBGE e Censo, material obtido através de congressos e palestras freqüentadas pela pesquisadora, etc. Esse tipo de pesquisa teve como objetivo resgatar o processo histórico e correlacioná-lo à realidade apresentada.

O campo de pesquisa foi delineado, de acordo com o objeto, pelos diferentes espaços municipais de saúde, onde se configuram as práticas dos sujeitos da pesquisa. Estes sujeitos foram os assistentes sociais lotados na Secretaria da Saúde que atuam nas Unidades de serviços municipais de saúde da Prefeitura de Sorocaba/SP – constituindo por 09<sup>3</sup> profissionais, alocados da seguinte forma:

- Ambulatório de Saúde Mental: 1 assistente social

---

<sup>3</sup> Esta quantidade refere-se aos sujeitos da pesquisa, onde não estamos incluindo a pesquisadora, que faz parte de uma das Unidades de serviços – Policlínica.

- Centro de Orientação e Apoio Sorológico: 1 assistente social<sup>4</sup>
- Clínica de Doenças Sexualmente Transmissíveis: 2 assistentes sociais
- Policlínica de Especialidades: 4 assistentes sociais
- Programa Médico da Família – acamados: 2 assistentes sociais.

Pelo fato da pesquisadora fazer parte da equipe de assistentes sociais de um dos espaços estudados, e ser a primeira profissional desse local, houve um cuidado maior para não cair no primeiro obstáculo apresentado por Minayo (2004) frente à análise dos dados: “familiaridade”, complementada por Gomes: “Quanto maior for a familiaridade que o pesquisador tenha em relação àquilo que ele está pesquisando, maior poderá ser a ilusão de que os resultados sejam óbvios numa primeira visão.” (apud MINAYO, 1994: 68). Sabemos que esses autores referem-se, em específico, à análise. Compreendemos que esse cuidado, devido ao aspecto da “familiaridade”, deve fazer parte de todo o processo da pesquisa.

Mas, sem dúvida, a proximidade com os sujeitos do local de trabalho e os demais sujeitos das outras unidades de saúde facilitou-nos os contatos para a realização da pesquisa de campo.

Foram realizados dois tipos diferenciados e complementares de pesquisa; o primeiro é a pesquisa quantitativa, ao ser entregue a todos os assistentes sociais das Unidades municipais, elencados acima, um questionário com perguntas fechadas (Anexo I) que abrangia aspectos como: identificação, experiências profissionais, atividades realizadas em suas unidades etc. Esse questionário tinha como objetivo principal traçar um perfil de todos os assistentes sociais que atuam nas Unidades de serviços municipais de saúde, bem como conhecer as atribuições e demandas de trabalho, propiciando uma aproximação preliminar da realidade. Este questionário acompanhou um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II).

Este momento da pesquisa, porém, não foi suficiente para dimensionar o objeto da pesquisa, visando identificar a contribuição dos assistentes sociais na efetivação dos direitos à saúde. Desta forma, tornou-se pertinente o segundo momento da pesquisa, a qualitativa; objetivando aprofundar a compreensão deste

---

<sup>4</sup> A assistente social que atua nesta Unidade (COAS) foi disponibilizada pela Policlínica 2 vezes por semana, para atendimento como aconselhadora. No terceiro capítulo dessa dissertação, ao realizarmos um mapeamento das Unidades que compõem os serviços de Saúde da cidade, estaremos evidenciando com mais clareza tais especificidades.

processo de efetivação. Ambas as dimensões quantitativas e qualitativas da pesquisa, de forma inter-relacionadas, foram imprescindíveis para a análise do objeto.

O momento qualitativo da pesquisa, não foi realizado com todos os assistentes sociais. Dentre eles, elegemos 4 para esta etapa de aprofundamento analítico da pesquisa. A escolha dos sujeitos se deu a partir de dois critérios: o primeiro, escolha de um profissional de cada unidade, o segundo, tempo de atuação em cada unidade. Consideramos que este segundo critério possibilitaria maior vivência da realidade, retratando mais ampla experiência profissional dos sujeitos.

Como instrumental desta pesquisa qualitativa utilizamos a entrevista aberta, pautada em um roteiro orientador (Anexo III), a fim de alcançar os objetivos gerais e específicos propostos.

A partir daí, apresentamos o roteiro aos sujeitos escolhidos para a pesquisa qualitativa, esclarecendo os tópicos da entrevista, visando sua compreensão. Um dos escolhidos da pesquisa recusou-se a participar desta etapa, justificando não poder contribuir com o objeto da investigação. Escolhemos, então, outro assistente social para substituí-lo.

Em seguida, agendamos local e data de preferência dos sujeitos para a realização das entrevistas. Solicitamos também autorização para a gravação das entrevistas, sendo que nenhum dos entrevistados se recusou a gravar o depoimento, quando também assinaram o termo de livre consentimento (Anexo IV). Salientamos que a identificação dos sujeitos foi feita por número a fim de evitar o reconhecimento e resguardar o sigilo. Desse modo, os quatro assistentes sociais, sujeitos significativos da pesquisa são identificados como: AS1, AS2, AS3 e AS4.

Após a transcrição das falas, devolvemos a eles o material para que fizessem uma revisão, e caso houvesse necessidade, realizassem possíveis alterações, tendo em vista manter a integridade do pensamento.

Esta revisão das entrevistas pelos sujeitos possibilitou-lhes outras reflexões sobre suas concepções e práticas, conforme seus próprios relatos, significando-lhes um crescimento intelectual.

Percebemos durante a organização dos dados obtidos com as entrevistas que algumas informações não ficaram claras e eram insuficientes, sendo necessário retomar pontos com os sujeitos (esta possibilidade já estava implícita no termo

assinado, não decorrendo problemas). Desta forma, seguimos as orientações de Gomes: “Às vezes, nossos dados não são suficientes para estabelecermos conclusões e, em decorrência disso, devemos retomar a fase de coleta de dados para suplementarmos as informações que nos faltam.” (apud MINAYO, 1994: 67).

Durante todo o desenvolvimento da pesquisa, outra abordagem técnica utilizada foi a observação participante, uma vez que o pesquisador estava em contato direto com o universo e a realidade pesquisada.

Enquanto pesquisa participativa, é imprescindível o compromisso do pesquisador para se tornar o que Alba Zaluar enfatiza: “um disseminador de seu projeto ético-político que transmitirá positivamente ao grupo ações que beneficiem o próprio grupo – uma intervenção da realidade.” (apud CARDOSO, 2004: 112). Sem nunca perder de vista os aspectos fundamentais elencados por Cardoso – “... estranhamento, surpresa e indignação.” (CARDOSO, 2004: 102) – viabilizado por um distanciamento com a realidade.

Após a sistematização dos dados coletados, principalmente a análise das entrevistas baseou-se no procedimento de análise de conteúdo, que tem por objetivo compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo explícito e implícito e as significações expressas ou ocultas. A análise de conteúdo foi iluminada pelos conceitos de referência da pesquisa, articuladas a categorias empíricas identificadas nos depoimentos: práticas dos assistentes sociais, efetivação dos direitos à saúde e prestação de serviços de saúde

A partir das categorias empíricas, optamos no processo de análise, pela construção de núcleos analíticos, visando facilitar e organizar as categorias apresentadas através da explicitação de significados, com base nos depoimentos.

O primeiro, núcleo de concepções, que tem por objetivo evidenciar as concepções dos assistentes sociais sobre os princípios que fundamentam o SUS, bem como, identificar quais os direitos que os princípios geram aos usuários.

O segundo, núcleo de efetivação, visa analisar o desenvolvimento das práticas dos assistentes sociais na efetivação dos direitos à saúde. Para a análise dos depoimentos neste núcleo de efetivação, utilizamos os eixos de inserção: ações de caráter emergencial; educação e informação em saúde; mobilização da comunidade e planejamento e assessoria.

O terceiro núcleo, dos limites e possibilidades apontados pelos assistentes sociais em suas unidades para a efetivação dos direitos à saúde, na perspectiva da cidadania.

Pretendemos realizar a devolução dos resultados da pesquisa aos sujeitos através de uma reunião, quando discutiremos juntos os limites, possibilidades e desafios identificados, buscando proposições de superações destes. Outra forma de devolução é junto à Secretaria da Saúde de Sorocaba/SP, para que possa conhecer os resultados obtidos, divulgue-os e busque soluções que visem minimizar as implicações no processo saúde-doença, com vistas à construção coletiva de uma atenção à saúde diferenciada, que tenha como pressupostos básicos a qualidade de vida, a partir da construção da cidadania.

A estrutura dessa dissertação compreende quatro capítulos que se inter-relacionam:

No primeiro capítulo denominado, **Aproximações Históricas: Saúde e Serviço Social na realidade brasileira**, nós realizamos uma contextualização das relações históricas entre as categorias temáticas deste estudo na realidade brasileira, a partir dos anos 30 até a contemporaneidade.

O segundo capítulo intitulado, **Direitos Sociais e Direitos de Saúde: uma questão de cidadania**, nós procuramos fundamentar conceitualmente a temática da dissertação, na perspectiva do movimento de construção dos direitos sociais e dos direitos de saúde, enquanto conquistas, efetivação e ampliação da cidadania.

No terceiro capítulo, **Caracterização de Sorocaba e dos Espaços Institucionais de Saúde**, realizamos um relato histórico de Sorocaba, *lócus* da pesquisa, bem como o mapeamento dos serviços de saúde nela existentes, priorizando as unidades de serviços municipais com destaque em seus quadros profissionais aos assistentes sociais.

O quarto capítulo: **A Efetivação à Saúde nas Unidades de Serviços Municipais de Sorocaba: percepção dos assistentes sociais** traduz o esforço de buscarmos sistematizar e analisar os resultados da pesquisa na compreensão dos assistentes sociais, tendo em vista o processo da efetivação dos direitos à saúde, limites, possibilidades e desafios.

## CAPÍTULO I

### **APROXIMAÇÃO HISTÓRICA: Saúde e Serviço Social na realidade brasileira**

...a história brasileira no campo dos direitos expressa a tensão presente histórica no país entre desenvolvimento sócio-econômico desigual e democracia restrita, mantendo desigualdades persistentes, que se ampliam e se aprofundam, radicalizando e redimensionando a “questão social” nas várias conjunturas históricas.

(COUTO, 2002: 24)

A área da saúde tem passado historicamente por sucessivos movimentos com alterações em suas políticas, decorrentes das distintas articulações entre a Sociedade Civil e o Estado, que definem em cada conjuntura, as respostas sociais frente aos problemas de saúde, bem como a compreensão do significado etimológico da palavra saúde – que repercute nas ações evidenciadas.

A saúde constitui uma arena política na qual se dirimem questões problematizadas e colocadas pela agenda socialmente vigente. A evolução histórica da política de saúde expressa, assim, os processos pelos quais diferentes correlações de forças e mutantes fontes de contradição social resolveram tais questões.

Para se estabelecer uma relação do Serviço Social com a área da saúde é preciso conhecer os nexos, as relações históricas, influências e como essas questões repercutiram para a profissão, refletindo em suas práticas cotidianas.

Visando compreender o objeto proposto nessa dissertação, **análise das práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais nas Unidades de serviços Municipais de Saúde de Sorocaba/SP e sua contribuição na efetivação dos direitos à saúde** é que se torna pertinente realizar um retrospecto histórico.

Desta forma, estaremos contextualizando os processos políticos no Brasil através dos governos nas ações mais significativas de seus mandatos rumo à efetivação dos direitos, bem como às políticas apresentadas pelos mesmos na área da saúde e a repercussão para o Serviço Social em seus diferentes momentos.

Estas questões tornam-se pertinentes uma vez que o Serviço Social se constrói e se reconstrói historicamente, tendo sua prática relacionada com a realidade cotidiana.

Não tenho a pretensão de realizar um estudo minucioso acerca deste contexto histórico (até por que vários autores já o fizeram), mas fazer alguns apontamentos significativos, no que tange à efetivação dos direitos, com o objetivo de contribuir com a análise do objeto explicitado anteriormente.

A escolha por este estudo iniciar na década de 30 se faz presente por algumas questões significativas:

- Revolução de 1930 dá início a um processo de redução da autonomia dos diversos Estados.
- É na chamada “Era Vargas<sup>5</sup>” (1930-1945) que se iniciam, na área da saúde, os mecanismos para a implantação de uma Política Nacional de Saúde.
- Aprovação da Constituição de 1934.
- Período este também que inicia o primeiro curso de Serviço Social (1936)<sup>6</sup>.

Estas e outras questões no marco conjuntural possibilitam entendermos ser esta década de 1930 um marco significativo no contexto brasileiro – contribuindo, assim, para nosso objeto de estudo.

Com tal abordagem, pretende-se abrir caminhos para futuras e prováveis pesquisas na área da saúde. Neste sentido, complemento as observações com uma

---

<sup>5</sup> Estamos compreendendo a Era Vargas (1930-1945), período este em que Getúlio Vargas assume a presidência da República pela Revolução de 1930, procurando “livrar” o Estado do Controle político das oligarquias regionais. Para atingir este objetivo, promoveu uma ampla reforma política e administrativa, afastando da administração pública os principais líderes da República Velha.

<sup>6</sup> A primeira Escola de Serviço Social do Brasil (ESSSP) foi criada em 1936, na cidade de São Paulo, hoje faculdade de Serviço Social da PUC-SP.

aproximação ao estudo nesta área, centrada na discussão das políticas de saúde frente às questões acerca da efetivação dos direitos no contexto histórico e na contribuição do Serviço Social através de suas práticas, almejando a consciência de cidadania.

## **1 – Os anos 1930/ 1964**

A política do governo Vargas centrou-se na tentativa de organizar as relações entre Capital e Trabalho, onde as conquistas por direitos estavam atreladas às conquistas dos trabalhadores. Seu primeiro ato foi criar, em 1930, o Ministério do Trabalho com o objetivo de uma harmonia entre os empregados e empregadores. Criou-se, então, um sistema corporativo, por meio da legislação de sindicalização, e foram instituídas condições para se formalizar os sindicatos.

Segundo Couto: “... nesse período, começaram a ser geradas as condições para uma mudança substantiva no sistema econômico brasileiro que vai ser deslocado do eixo agro-exportador para o urbano-industrial.” (COUTO, 2004: 95).

Diante desta realidade, verifica-se que as ações governamentais tinham como parâmetros as relações entre Capital e Trabalho, sendo assim, as ações eram direcionadas para amenizar prováveis conflitos sociais, com estratégias autoritárias de cunho legal. Percebemos que esta foi a tônica do período, o que parece apontar para uma estratégia legalista na tentativa de interferir autoritariamente, via legislação, para evitar conflito social.

Verificamos que diante disto a questão dos direitos apresentaram-se como um caráter contraditório: enquanto um espaço de controle por parte do Estado, e por assim dizer, beneficiava os empresários; em contrapartida beneficiava também os empregados, mesmo que de maneira incipiente e precária, com ações fragmentadas e pontualistas, e contribuía, de certa forma, com a melhora das condições de trabalho.

A Constituição de 1934 vigorou até 1937, quando Vargas, através de um ato de força, implantou um período ditatorial conhecido como Estado Novo. Mesmo frente ao Golpe, constatavam-se uma pequena reação que não intimidava o poder vigente. Essa falta de oposição gerava uma passividade. Carvalho (2004) evidencia três hipóteses preponderantes: primeira, o apoio dos integralistas ao golpe

almejando o poder; segunda, a ameaça do comunismo (exageradamente apresentada) que contribuía para a manutenção do poder vigente; e terceira, a postura nacionalista e industrializante do governo que, diante ao contexto histórico mundial, esses aspectos tinham forte apelo.

A centralização política e a unidade nacional intensificaram cada vez mais e, neste período, percebemos que as ações rumavam para um viés autoritário, mesmo que algumas ações fossem voltadas para os direitos sociais, tinham como objetivo latente, como já evidenciamos anteriormente, o controle da população, visando o desenvolvimento industrial.

Isto justifica o enfoque grande aos direitos sociais de cunho trabalhista, ou seja, avanços significativos na legislação social, que de maneira alguma podem ser desmerecidos, frente à realidade que até então se apresentava. Mas, algo que evidencia o objetivo latente acima apontado é que tal legislação foi introduzida em ambiente de baixa ou nula participação política e de precária vigência dos direitos civis. “... a maneira como foram distribuídos os benefícios sociais tornaram duvidosa sua definição como conquista democrática e comprometeram em parte sua contribuição para o desenvolvimento de uma cidadania ativa”. (CARVALHO, 2004, 110).

Visando o fortalecimento de seu projeto político, foi decretada uma nova Constituição, em 1937, que ficou conhecida como Polaca<sup>7</sup>. A diferença apresentada na Constituição de 1934 para a de 1937, segundo Couto (2004), é a possibilidade de intervenção direta do Estado no exercício dos direitos apresentados, controlando-os a partir do projeto econômico e social. Esta autora elabora um levantamento interessante frente às principais questões apresentadas pelas Constituições de 1934 e 1937 no que se refere aos direitos, enfatizando:

No campo dos direitos civis, permaneceu o enunciado clássico dos direitos liberais apontados pelos documentos internacionais e inspiradores das constituições brasileiras. No campo dos direitos políticos, persistiram a proibição dos votos para os analfabetos e mendigos. Também neste campo, foram instituídas algumas medidas como a censura prévia visando impedir manifestações públicas,

No campo dos direitos sociais, novamente a área política ganhou ênfase, mas houve uma intervenção maior do Estado com uma regulamentação mais dura em relação à organização dos trabalhadores, proibindo inclusive manifestações de

---

<sup>7</sup> Esta terminologia refere-se à Constituição do Estado Novo denominada por Constituição “Polaca” por ter sido inspirada na Constituição da Polônia. Com viés fascista, caracterizou-se por uma substancial suspensão das liberdades públicas – quebrando alguns princípios federativos e centralizando o poder na figura do Presidente da República – Getúlio Vargas. Esta Constituição foi publicada no Diário Oficial da União em 10/11/1937.

greve. Também nessa área, ampliou os benefícios às classes menos favorecidas, indicando a obrigatoriedade de o Estado fornecer o ensino pré-vocacional e o educacional. Desta forma, buscou ampliar o leque de opções de mão-de-obra para o projeto de desenvolvimento via industrialização em curso e também a legitimidade do governo perante a população pobre. (COUTO, 2004: 102).

Em contrapartida, percebemos, no período de 30 a 40, alguns avanços significativos: direito a férias foi regulamentado à alguns setores; confirmada a jornada de 8 horas de trabalho; criação de um salário mínimo para atender às necessidades do trabalhador; criação da Justiça do Trabalho; a codificação das leis trabalhistas através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) em 1943, entre outros.

Alguns Institutos de Aposentadoria e Pensão são criados neste período em substituição às Caixas de Pensões criadas anteriormente, mas tais apontamentos serão evidenciados posteriormente ao realizarmos a contextualização na área da saúde.

Na área da assistência social algo importantíssimo que podemos ressaltar foi a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942. Tal iniciativa tinha por objetivo, primeiramente, atender as famílias dos pracinhas e logo depois estendeu seu trabalho à população pobre, principalmente com programas na área materno-infantil. Essas ações reproduziam a maneira que o Estado encarava as políticas sociais, com seu caráter benevolente e assistencialista que visavam legitimidade junto à população pobre.

Concordamos com Couto (2004) quando evidencia que no período de 1937 a 1945 a ditadura Vargas voltou sua atenção para o controle da classe trabalhadora, utilizando como recurso a legislação social fortemente centrada no controle estatal. E a autora evidencia:

O perfil das políticas sociais do período de 1937 a 1945 foi marcado pelos traços de autoritarismo e centralização técnico-burocráticos, pois emanavam do poder central e sustentavam-se em medidas autoritárias. Também era composto por traços paternalistas, baseava-se na legislação trabalhista ofertada como concessão e numa estrutura burocrática e corporativa, criando um aparato institucional e estimulando o corporativismo na classe trabalhadora. (COUTO, 2004: 103-104).

O regime de exceção caiu em 1945 por um golpe militar inspirado no sentimento de redemocratização que se enraizara na consciência nacional ao longo dos anos da presença brasileira na Segunda Guerra Mundial, quando efetivos da

Força Expedicionária Brasileira foram aos campos de batalha da Itália enfrentar os exércitos da aliança totalitária do fascismo e do nacional-socialismo.

Apresentaram-se assim uma flagrante contradição política e ideológica que era a sobrevivência do Estado Novo, de bases ditatoriais, num mundo que emergia das ruínas da guerra. Fizeram vitoriosas as causas das velhas democracias liberais e passaram a reconstruir o contrato social. A expressão mais presente disto se apresentou em São Francisco, no ano de 1945, com a Carta das Nações Unidas<sup>8</sup>, logo em seguida, em dezembro de 1948, com Declaração Universal dos Direitos do Homem<sup>9</sup>.

Embora com grandes avanços, até então nunca expressado enquanto um compromisso das nações frente aos direitos civis, políticos e sociais, não podemos esquecer os interesses políticos e econômicos que permearam tais decisões.

No período de 1946 a 1950 assume o general Eurico Gaspar Dutra (presidente eleito), e no ano em que assumiu foi promulgada a nova Constituição que mantinha as conquistas sociais e garantia os tradicionais direitos civis e políticos. “A grande novidade da Constituição de 1946 refere-se ao fato de ter abolido os instrumentos que cerceavam as liberdades dos cidadãos, garantindo, no campo dos direitos sociais, a liberdade de associação sindical e inclusive o direito de greve.” (COUTO, 2004: 105).

O governo Dutra, na lógica de manter a regulamentação e preocupado com as possíveis inquietações advindas da realidade social, estabeleceu como meta, em 1948, o plano SALTE, tendo como objetivo a melhoria dos sistemas de **saúde, alimentação, transporte e energia** – embora não tenha sido colocado totalmente em prática. Verificamos com Couto: “...esse é o primeiro plano governamental que introduz a perspectiva de atendimentos à questão social nas preocupações de governo.” (COUTO, 2004: 107). Um plano com pouca eficácia, pois os recursos não

---

<sup>8</sup> A Carta das Nações Unidas foi assinada em São Francisco, no ano de 1945 – na qual seus mais de 100 artigos visavam preservar a humanidade na dignidade e no valor do ser humano, na diferença, na justiça e no respeito. Objetivando promover o progresso social e melhor condições de vida dentro de uma ampla liberdade. Ver [www.onu-brasil.org.br/documentos\\_carta.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_carta.php)

<sup>9</sup> A Declaração Universal dos Direitos do Homem teve como seu grande inspirador John Locke. Tem como ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade promovam o respeito aos direitos e às liberdades, assegurando o reconhecimento e a sua observância universal e efetiva. Segundo Bobbio, tal declaração tem em seu bojo o caráter universal e positivo: o primeiro refere-se não apenas ao cidadão de um determinado Estado, mas a todos os homens; o segundo aspecto é que sai do pensado e idealmente reconhecido para o efetivamente protegido até contra o próprio Estado que os tenha violado. (BOBBIO, 1992: 30).

acompanhavam as propostas realizadas nos discursos com grandes ênfases na área da saúde.

Entretanto, devido à política repressiva do governo Dutra para com os trabalhadores, resultou a vitória – por meio de eleições diretas – de Vargas e, portanto, em seu regresso ao poder.

Seu programa de governo foi marcado por nacionalismo e populismo, sustentado novamente por ações que visavam controlar os trabalhadores por meio das políticas trabalhistas. Porém, segundo Couto:

A urgência por medidas na área social e as imposições sofridas pelos trabalhadores urbanos no seu processo de trabalho geraram muitas manifestações públicas, uma vez que a estrutura sindical foi bastante atuante nesse período. (COUTO, 2004: 109).

Após a morte de Vargas em 1954, o vice-presidente Café Filho assumiu o poder até a realização das próximas eleições e posteriormente a presidência do país foi assumida por Carlos Luz e Nereu Ramos. Em 1955 foi eleito Juscelino Kubitschek.

A pretensão era governar por meio de um planejamento político que foi denominado como Plano de Metas que tinha por objetivo o desenvolvimento de 50 anos em cinco anos. Por meio desse plano, foi priorizada a abertura da economia do país para o investimento externo bem como para o processo acelerado de industrialização (COUTO, 2004).

Importante ressaltar que este plano de meta tinha como prioridade o desenvolvimento econômico em detrimento ao compromisso social. Tal desenvolvimento econômico na época acarretou um alto custo para os trabalhadores, à medida que veio acompanhado de um processo inflacionário que repercutiu na queda do poder aquisitivo dos salários.

Essas questões impulsionaram os movimentos sindicais da época que se organizaram para reivindicar melhores condições de vida para a população trabalhadora.

Na esfera das políticas sociais destaca-se nesse período a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, à qual retornaremos posteriormente.

Após Juscelino, Jânio Quadros assumiu o poder em 1960 – permanecendo somente sete meses. Seu vice, João Goulart, assumiu promovendo um período enriquecedor para os movimentos sociais que, com apoio da Igreja, tinham maior abertura de negociações com o Estado.

Devido à sua vinculação com os sindicatos, foi instituído (Emenda Constitucional nº 4) o Parlamentarismo, que retirou poderes desse presidente. Posteriormente João Goulart retorna ao poder definitivamente em 1963, através de um regime presidencialista votado em plebiscito. Couto (2004) evidencia que esse governo foi marcado por vários movimentos sociais, o que repercutiu em algumas conquistas, objetivando discussões acerca da garantia da qualidade de vida ao trabalhador – alterações na CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), décimo terceiro salário entre outros.

Essas alterações, e outras reformas pretendidas pelo presidente, advinda de um momento que segundo Carvalho (2004) é pródigo no que se refere à movimentação popular e ascensão dos partidos, incomodaram aos partidos de cunho liberal, culminando, assim, no golpe militar em 1964.

Couto evidencia que:

...do ponto de vista da construção de mecanismos garantidores de direitos, os governos que administraram o país no período de 1930 a 1964 trabalharam com três constituições. (...) Esses textos constitucionais enunciavam direitos na ótica liberal, inspirados pelos documentos e pelas constituições européias da época. Mesmo a Constituição de 1937, (...) declarava a igualdade de todos perante a lei, garantia de propriedade privada e a liberdade de expressão. (COUTO, 2004: 116).

No período em foco neste estudo, verificamos que a área da saúde esteve atrelada às relações de trabalho, e no período anterior a 1930, foi criado o Instituto Previdenciário dos trabalhadores das estradas de ferro sediadas em São Paulo, criada em 1923 através da Lei Elói Chaves – que assegurava a estes o direito à aposentadoria por tempo de serviço ou por invalidez, o tratamento médico e os medicamentos, o auxílio para o funeral e ainda o direito de pensão aos herdeiros do segurado falecido. As chamadas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que sustentavam o programa eram mantidas mediante contribuições destes segurados com descontos mensais em seus salários. Contudo continuavam as históricas diferenças entre os trabalhadores, pois estas Caixas de Pensões atendiam a segmentos e empresas específicos.

Para justificar o sistema autoritário de governar, Vargas se utilizou das Políticas Sociais (embora voltadas às relações de trabalho), como vimos anteriormente, transformando-se em um governo populista – e adotando parcialmente este modelo de seguro. Como enfatiza Fleury:

Nos regimes populistas houve uma crescente politização das relações sociais, e os mecanismos institucionais previdenciários foram fundamentais na cooptação de frações aos trabalhadores ao projeto estatal, ao mesmo tempo que funcionava como canal eficiente de escoamento da demanda política e social desses grupos. (FLEURY TEIXEIRA, 1995: 26).

Sendo assim, uma das medidas adotadas nessa direção foi a unificação das CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões), através das substituições pelos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), nos quais se concentravam os trabalhadores por categorias profissionais. Estes Institutos se caracterizavam em âmbito nacional, sob a presença direta do Estado em sua administração.

Os IAPs abarcaram todos os trabalhadores em suas categorias referidas, porém, com características próprias, o que possibilitava diferenças na atenção dos benefícios de uma categoria à outra. Nesse sentido Fleury complementa:

O resultado desse processo foi a criação e consolidação de sistemas previdenciários fragmentados, iníquos e pouco abrangentes, que mesmo assim representaram um avanço significativo nas condições de vida da população trabalhadora coberta pelo sistema. (FLEURY TEIXEIRA, 1995: 26).

Mesmo com inúmeras críticas no que se refere à sua cobertura (visto em determinadas enfermidades este modelo apresentar coberturas parciais e também devido às diferenças conquistadas no interior de cada categoria), podemos considerar um avanço na assistência médica para grande parte da população que antes não tinha qualquer tipo de amparo. Esses Institutos reforçavam a segmentação dos trabalhadores por inserção nos diferentes setores de atividade.

Diante destes apontamentos realizados constatamos que a assistência à saúde sempre esteve (desde sua configuração em âmbito Nacional) atrelada à Previdência. Como enfatiza Cohn e Elias: “As políticas de saúde no Brasil caracterizam-se pelo seu vínculo estreito com as políticas de Previdência Social, sobretudo no que diz respeito à sua forma de financiamento.” (Cohn & Elias, 2001: 11). E enfatizam que nesta articulação ocorre uma “relação de dependência” entre

ambas, onde a compreensão de saúde não se restringe às instâncias responsáveis, por excelência – Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais.

A nova organização do setor de saúde anunciava o compromisso do Estado em zelar pelo bem-estar sanitário da população. Alguns estudos evidenciam bem esta “mudança de lógica” e o chamado “compromisso” do Estado para com a saúde – conforme a fala descrita pelo Dr. Antonio Carlos Pacheco e Silva<sup>10</sup> sobre o direito à saúde:

O dever de assistência pública está em assistir o necessitado até que ele recupere a saúde, tenha readquirido as condições físicas que lhe permitam retomar as suas ocupações e ganhar o necessário para o seu sustento. Para isso, o Estado deverá procurar organizações técnicas, dotadas de pessoal competente, numa palavra, prestar a assistência dirigida e não se limitar ao auxílio individual... (apud BETOLLI FILHO, 2001:31).

O que podemos perceber nesta fala acima descrita é que toda a preocupação com a saúde do trabalhador tinha como parâmetros a noção de saúde como ausência de doença, sendo que esta preocupação se dava para que os indivíduos não adoecessem e pudessem gerar mais ônus ao Estado e ao empresariado.

Embora esta concepção esteja repleta de interesses políticos, constatamos o reconhecimento de alguns direitos sociais – atribuindo ao Estado a responsabilidade frente às questões de assistência à saúde – que na conjuntura instalada, poderíamos reconhecer como grandes avanços.

Em contrapartida, a atenção médica atrelada à vinculação previdenciária compromete diretamente as questões ligadas ao direito e equidade no acesso à saúde, pois as acessibilidades ficam condicionadas a determinados critérios – que na realidade brasileira é ditame das questões do Capital. Sendo assim: “A saúde, na lógica desta clivagem, comandada pelo mercado formal, não se constitui como um direito do cidadão e muito menos como responsabilidade do Estado...” (COHN et. al., 2002: 15).

Toda essa dinâmica reflete uma característica premente na história da saúde brasileira: a dicotomia entre o caráter curativo e o preventivo. O primeiro, com contribuição tripartite<sup>11</sup>, de caráter individual, estava atrelado à compra dos serviços

---

<sup>10</sup> Antonio Carlos Pacheco e Silva, médico paulista, foi deputado constituinte em 1934.

<sup>11</sup> Esta contribuição refere-se à origem dos recursos previdenciários, onde compreendia: a contribuição compulsória de empregados, empregadores e da União. A diferença fundamental das CAPs com as IAPs no que

através das contribuições, como um seguro. Já o segundo, as ações preventivas estavam sob responsabilidades do Estado, compreendendo mais questões de saúde pública, com caráter coletivo (campanhas). “A política de saúde teve como características gerais a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação às campanhas sanitárias. Continuou organizada nos dois setores (saúde pública e medicina previdenciária).” (MATOS & BRAVO, 2004: 26).

Esta dicotomia, segundo Cohn (2001), tem seu ponto mais alto na década de 50, que frente ao modelo desenvolvimentista instaurado se aprofunda entre a atenção médica curativa e as medidas preventivas de caráter coletivo. Esse processo possibilita a privatização dos serviços de assistência médica.

Como já enfatizamos anteriormente, com o Plano SALTE criado pelo presidente Dutra, um dos seus objetivos tangenciava a área da saúde, tornando-se inexecutável, pois os recursos eram insuficientes para a grandeza dos problemas, e como característica histórica (ao menos o contexto vem demonstrando em nosso país), um grande fosso entre o que se apresenta como lei e sua efetivação na realidade.

Em 1953, já no segundo período de Vargas, foi criado o Ministério da Saúde, com pouca verba e um grande descaso das autoridades que restringia a atuação deste órgão, refletindo na péssima situação da saúde coletiva – a falta de planejamento e as grandes burocracias aliadas à escassez de recursos geraram um grande déficit no Estado e resultaram na inocuidade das ações de saúde.

Os gastos do Estado com a área social crescem consideravelmente, porém não são suficientes para o atendimento às demandas sociais, aumentando os problemas relacionados à ineficiência do Estado nesta atenção. Este aumento vem em concomitância da crescente diferenciação de tratamento entre os vários segmentos da população previdenciária.

Após inúmeras mobilizações da classe trabalhadora, que lutava pelas formas não verticalizadas na organização da previdência, reivindicando seus direitos (enquanto maiores financiadores) numa conjuntura de crescimento industrial (com o aumento do número de segurados), este período culmina na Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) – que propõe a uniformização dos benefícios prestados. Por meio dela, a Previdência foi unificada em termos de benefícios, universalizando

---

refere-se a origem dos recursos, embora ambas de caráter tripartite, nas IAPs, a contribuição patronal passava a ser calculada, como a dos empregados, sobre o salário pago. Maiores referências verificar Conh (2002).

todos os trabalhadores urbanos do mercado formal e apontando sua centralização administrativa, o que só foi feito em 1966, por um ato arbitrário da ditadura militar, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A Previdência, posteriormente, transforma-se em um importante instrumento de controle da classe trabalhadora.

A Previdência passa a assumir a responsabilidade pela assistência médica aos seus segurados. Cohn relata que ocorre uma cristalização nas ações da Previdência e sua relação com o processo de acumulação:

...a partir dos anos 60 ela perde gradualmente importância como fonte de recursos para investimentos em setores básicos da economia para servir mais ao controle da capacidade produtiva da força de trabalho empregada, tomando vulto no seu interior a assistência médica, demanda à época não prioritária das classes assalariadas. (COHN & ELIAS, 2001: 20).

No período assinalado, 1930-1964 institucionaliza-se a profissão de Assistente Social. O surgimento do Serviço Social como profissão está diretamente relacionado às conjunturas e aos momentos relatados, enquanto uma profissão historicamente construída. Desta forma, torna-se imprescindível realizar um breve resgate histórico da profissão<sup>12</sup>.

Como vimos anteriormente, é na década de 30 que o sistema econômico brasileiro vai se alterando do eixo agro-exportador para o urbano industrial, e sendo assim, todos os setores da sociedade são afetados, gerando problemas e conflitos. Neste contexto ocorre a presença maciça da intervenção do Estado como forma de controlar a população e assim tentar amenizar as atrocidades geradas por esse modelo hegemônico.

Alteram-se as relações entre Estado e Igreja Católica, esta última preocupada em não perder sua hegemonia, por estar ameaçada pela laicização, tenta ampliar sua influência através da reorganização da ordem social. Como salienta Yasbeck:

...a institucionalização da profissão de uma forma geral, nos países industrializados, está associada à progressiva intervenção do Estado nos processos de regulação social. (...) O Serviço Social se institucionaliza e legitima profissionalmente como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo

---

<sup>12</sup> Não tenho a pretensão de aprofundar no tema, até porque outros autores brilhantemente já o fizeram, mas evidenciar alguns pontos significativos desse processo histórico para podermos compreender melhor como, e em que momentos as práticas se apresentaram. Ver Carvalho & Yamamoto (1988); Yasbeck (1977); Bravo (1976) e (1996).

Empresariado, com suporte da Igreja Católica, na perspectiva do enfrentamento e regulação da chamada questão social, a partir dos anos 30, quando a intensidade e extensão das suas manifestações no cotidiano da vida social adquire expressão política. (YASBECK, 2000: 91).

Esta necessidade motivou a criação do primeiro curso de Serviço Social na Escola de Serviço Social de São Paulo (ESSSP)<sup>13</sup>, no ano de 1936.

Assim, nasce o Serviço Social no Brasil, com forte influência da ideologia cristã da Ação Católica, definida pela doutrina da Igreja. "...a ambição singular da fase inicial do Serviço Social era compatibilizar os caminhos da caridade cristã com os da eficiência dos resultados." (NEVES, 1990: 84). Essa autora ainda evidencia que a profissão, embora tenha a influência do pensamento doutrinário da Igreja, não pode ser caracterizado como uma nova maneira de exercer a caridade, mas sim como uma profissão de intervenção ideológica na vida da classe trabalhadora, tendo como seu empregador o Estado. "O Serviço Social será progressivamente institucionalizado e seus agentes profissionais absorvidos pelo aparelho do Estado, preferentemente a partir de seus canais especializados nas tarefas assistenciais e de dominação". (CARVALHO & IAMAMOTO, 1988: 24).

O que percebemos neste período é que não somente as Constituições tiveram influências européias, mas o próprio Serviço Social. A formação dos primeiros profissionais deu-se a partir da influência européia, por meio do modelo denominado franco-belga.

Segundo Bravo (1976) os modelos de atuação do Serviço Social desse período podem ser identificados e denominados por uma concepção assistencial, visando complementar outras profissões:

Embora a profissionalização tenha vindo com as escolas de Serviço Social, até os anos 40 predominaram ações com tendências assistenciais nos pólos pára-médico e pára-jurídico, de conotação da fase pré-profissional, visto o profissional de Serviço Social era complementar às tarefas dos médicos e dos advogados. (BRAVO, 1976: 19).

Sendo assim, no Serviço Social na América Latina, particularmente no Chile, a primeira área onde se apresentaram as práticas desse profissional foi na saúde, como enfatizado acima, as práticas do Serviço Social, se apresentavam no auxílio ao profissional de medicina através do controle no tratamento.

---

<sup>13</sup> O grande impulsionador da Escola de Serviço Social de São Paulo foi o CEAS (Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo), ligado à Igreja Católica.

Na dissertação de Bravo, (1976) ao evidenciar o modelo assistencial como característico desse período (1925-1940), ela sinaliza como objeto do Serviço Social na Saúde as situações sociais problemas, portadores de carências sócio-econômicas que interferiam e/ou estavam interferindo na saúde, especificamente na manutenção do tratamento com objetivos de suprir a carência do doente.

As repercussões dos processos históricos influenciaram as mudanças do modelo franco-belgo de matriz neotomista de profissão para o modelo norte-americano, com matriz funcionalista. Contudo ambas as matrizes se convergiram teoricamente, sendo privilegiadas as metodologias de intervenção social: caso, grupo, comunidade, numa perspectiva de adaptação social.

Na área da saúde, este modelo segundo Bravo (1976) tem como objeto as situações problemas dos pacientes portadores de carências de natureza psico-social e cultural, desajustamentos psicológicos que interferiam na saúde, visando adequar o doente à situação, integrando-o ao meio mediante algumas ações e estratégias que “moldavam” o indivíduo para as necessidades sociais. Isso tem reflexos na crescente demanda profissional, com trabalhos em hospitais psiquiátricos, reforçando a tendência de ser a área da saúde o maior empregador da profissão. “Incorporam a partir daí novas técnicas, especialmente investigativa para dar conta das implicações sociais, econômicas e emocionais da doença.” (BRAVO, 1991: 52).

Complementa, em outro estudo realizado juntamente com Matos, dois aspectos importantes para a abrangência do campo profissional na área da saúde:

Além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, novo conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para trabalhar no setor, entre eles o assistente social. (apud BRAVO et al., 2004: 28).

Outro aspecto importante pontuado por esses autores, que contribuíram para a inserção do assistente social na área da saúde, é a própria conotação de seletividade e não universalidade com a assistência médica, advinda da Política Nacional de Saúde do nosso país, na qual “...o assistente social vai atuar nos hospitais, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios”. (apud BRAVO et al., 2004: 29). Sendo ressaltado que o grande foco de atuação do profissional detinha-se no nível curativo

e hospitalar, mantendo-se como *lócus* central de atuação os hospitais e ambulatorios.

No final da década de 50 a profissão assume a postura desenvolvimentista, apontada anteriormente pela conjuntura vigente, isso possibilita questionamentos acerca das práticas institucionais, assumindo grandes debates sobre as transformações sociais da época.

Segundo Rodrigues (1996) na década de 60, embora o Serviço Social tenha seu caráter político no que se refere ao exercício profissional, os assistentes sociais não tinham muitos questionamentos sobre quais as possibilidades do fazer, ficando condicionados às determinações postas pela sociedade capitalista.

Mas esses questionamentos, explicitados pelo inconformismo popular advindo da crise do modelo desenvolvimentista, conduzem a profissão a profundas transformações, alterando seu corpo teórico e os métodos e técnicas utilizadas.

Andraus contextualiza a crise ideológica vivenciada pelo Serviço Social:

Em meados de 1960, surge a primeira crise ideológica em algumas escolas de Serviço Social, com o aparecimento, na América Latina, da proposta de transformação da sociedade, em substituição à desenvolvimentista adotada até agora. (ANDRAUS, 1995: 33).

É nesse quadro que os assistentes sociais, visando compatibilizar o modelo de ação com a realidade social, recorrem às bases teóricas das ciências sociais com direcionamentos para o desenvolvimento de comunidade, tendo em vista a participação popular.

Isso desencadeia um processo de ruptura teórico-metodológico e prático, advindo de mudanças na postura político-ideológica da profissão. Rodrigues (1996) contribui relatando que é a partir dessa realidade, marcada por questionamentos políticos, que segmentos da categoria se sensibilizam e processam uma reflexão teórico-prática sob a ação profissional – possibilitando uma crítica à atuação e enfatizando a necessidade de buscar novos caminhos. A partir daí, inicia-se o chamado Movimento de Reconceituação. “...lutando por uma política comprometida com os interesses dos usuários.” (RODRIGUES, 1996: 45).

## 2 – Período 1964/ 1988

Com o golpe de 64, os militares assumem o poder visando acabar com a ameaça ideológica que havia se formado desde 1945 – de um lado os nacionalistas e populistas e de outro os liberais conservadores. Visando romper com qualquer possibilidade de problemas e ameaças de caráter socialista à organização militar, o golpe emergiu como estratégia de romper com a política populista, erradicar o fantasma do comunismo e transformar o Brasil em uma grande potência internacional, tendo como perfil às suas ações o cunho burocrático e tecnicista. Para Couto:

O golpe militar e a forma de governo estabelecida a partir dele tiveram uma incidência importante no campo dos direitos, uma vez que, embora nos discursos oficiais ainda se colocasse a democracia e a garantia dos direitos como razões para a existência da revolução, os instrumentos legais editados nesse período demonstram muitas razões para que se comprove o contrário. (COUTO, 2004: 120).

O paradoxo apresentado nessa época permeava ações de repressão, tortura, censura, aniquilamento em contrapartida ao ufanismo, o progresso etc. Apresentavam-se políticas sociais focalistas, paternalistas que visavam o controle da população, principalmente a população mais carente economicamente.

Uma das características mais marcantes do Estado brasileiro é precisamente o seu autoritarismo. (...) O Estado impôs seu domínio à sociedade através do exercício do patrimonialismo político, do clientelismo e da incorporação das classes 'subalternas' por meios de mecanismos de cooptação que garantiram a supremacia no exercício da política. (GERSCHMAN, 2003: 55).

Foram estabelecidos os atos institucionais, segundo Couto (2004), estes eram utilizados como forma de estabelecer as regras de convivência entre os militares e sociedade em geral – instrumentos legais de repressão.

Couto (2004) ainda complementa que os Atos Institucionais que foram promulgados ao longo do período 1964-85 trouxeram no seu bojo as arbitrariedades, comparadas pela autora com os comportamentos emitidos pelos reis absolutistas.

Sendo assim, verificamos que os Atos Institucionais tinham como características direcionar ações para o fortalecimento do regime vigente: econômico,

político e social. Mesmo que isto implicasse certas arbitrariedades, renegando e atrofiando certos direitos conquistados anteriormente.

Percebemos mais prementes na época ditatorial as políticas sociais sendo postas segundo a conveniência do Estado, bem como estratégias de desmobilizar a classe trabalhadora e legitimar a dominação. No entanto, foram várias as formas de manifestações para denunciar os atos da ditadura, as quais se de um lado demonstraram o poder organizativo da população, de outro reforçaram a política da censura e da repressão.

Tais processos de repressão ficavam mais evidentes nas ações postas pelos presidentes no regime militar, segundo Couto:

O presidente Costa e Silva decretou, o mais nefasto dos atos institucionais, o AI-5. Esse ato consagrou o regime ditatorial, e durante onze anos, o país foi governado baseado no AI-5. O congresso foi fechado, o Executivo foi autorizado a legislar em todas as matérias previstas na Constituição, foram suspensas todas as garantias constitucionais ou legais de vitaliciedade, inamovibilidade e estabilidade. Por meio desse ato, permitiu-se ao presidente remover, demitir, aposentar ou transferir juízes, empregados de autarquias e militares. (COUTO, 2004: 125).

A Constituição de 1967 não estava se coadunando com a realidade e tornou-se necessário para dar continuidade ao AI-5, editar a Constituição de 1969. Nessa Constituição, o campo dos direitos sociais trabalhistas permaneceu preservado, quando se referia ao trabalhador de maneira individual, reforçando a postura de desmobilizar a população, visto o regime de exceção ter sido acionado em qualquer situação que fosse considerada, ou melhor, interpretada como perigosa pelo governo.

Segundo Quirino e Montes (1987): "...durante o governo Médici (1970-73) foram estabelecidas mais legislações que feriam os direitos já conquistados legalmente..." (apud COUTO, 2004: 127)

Em 1970 agudizava o controle sobre a população, o que atingia os meios de comunicação, os direitos civis e políticos; mas foi na mesma época que o país vivenciou o chamado "milagre econômico", onde as estratégias postas visavam o crescimento do país para que posteriormente pudesse ser dividido. Em contrapartida acentua as precárias condições de vida, repercutindo nas condições de saúde da população.

Os discursos oficiais manifestavam a democracia, a garantia dos direitos e o alargamento de algumas políticas sociais, contudo como verificado, os instrumentos utilizados remavam na contramão destes discursos. Embora algumas políticas sociais demonstraram-se crescentes, mas com propósitos pelos governos militares de gerenciamento, visando controlar a população e reforçando a histórica característica das políticas sociais brasileiras: de cunho assistencialista, fragmentada e paternalista.

Sendo assim, percebemos nesse período a criação de importantes órgãos e serviços assistenciais à população: o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e a unificação da Previdência com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); o Banco Nacional da Habitação (BNH); o Sistema Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor e/ou Fundações Estaduais (FUNABEM/FUBEMS); políticas de incentivo a alfabetização dos trabalhadores, bem como estratégias de ações na área da saúde, que veremos a seguir.

Segundo Vieira (1995), nesse período para manter a população sob a guarda dos instrumentos técnicos e burocráticos do governo, a compreensão dos direitos era de concessão a quem os governos entendiam ser merecedores. Desta forma criavam-se critérios de elegibilidade para a concessão de tais benefícios, e por assim dizer, podemos perceber mais claramente para onde estavam direcionadas as ações dos assistentes sociais que trabalhavam nestas esferas governamentais.

Iniciou no governo de Geisel, em 1974 a chamada distensão política, que emergiu na sociedade civil as organizações e movimentos populares, reivindicando melhorias nas condições de vida.

No período de 1980 a 1985, assumiu a presidência da República o General João Baptista de Oliveira Figueiredo. Quando se viu em face às mobilizações populares, avançou no processo de abertura política.

Ressalta-se dentre essas mobilizações sociais a campanha das Diretas Já, algo até então nunca vivenciado no país: uma multidão concentrada nas principais cidades, cujo objetivo manifesto era a defesa das eleições diretas para Presidente da República. Segundo Couto:

...pode-se demarcar que do ponto de vista dos direitos políticos, civis e sociais, os governos que se sucederam de 1964 a 1985 primaram por aniquilar os direitos políticos e civis e por novamente acionar, ainda que de maneira restrita, medidas na área social, desenhando o perfil limitado e autoritário na concepção dos

direitos sociais, onde os mesmos tinham a finalidade de assegurar a sustentação política do regime. (COUTO, 2004: 135).

Mas estas questões mostraram novas possibilidades frente à insatisfação popular, como vimos anteriormente, principalmente devido às condições de vida da população. Sendo assim, a década de 80 se apresentou com fortes indícios para a mobilização popular e a participação de diversos setores da sociedade civil, e por consequência as reivindicações por direitos sociais, materializados através das políticas sociais – o que teve seu apogeu na Constituição de 1988.

A Constituição de 88, evidenciada por muitos como a Constituição Cidadã, traz à tona aspectos até então não evidenciados em outras circunstâncias. Elegendo direitos à população e responsabilidade ao Estado, trazendo também à tona a participação popular como uma das formas de efetivação desses direitos.

Na Constituição, a saúde passa a fazer parte do tripé da Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social (esta última ganha o status de política pública). Antes de evidenciarmos fatos acerca da promulgação da Constituição, cabe apresentar um breve retrospecto histórico do período de 1964 a 1988, com relação à área da saúde.

Como já enfatizado, as CAPs e as IAPs conviveram juntas até 1966, quando foi criado o então INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), quando houve um aumento da cobertura previdenciária – atendendo quase a totalidade da população urbana e parte da população rural.

Este aumento refletiu na área da saúde, que estendeu a cobertura dos serviços médicos, devido ao vínculo com a rede previdenciária – sob apoio do Estado – aumentando assim o número de profissionais e hospitais do setor privado no atendimento à população trabalhadora. Embora permanecessem as dicotomias entre as ações de caráter curativo e as ações preventivas, o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como um elemento individual e não como um fenômeno coletivo.

Fleury (1995) enfatiza a forte tendência na década de 70 no que se refere à organização do sistema de saúde: uma focalização das práticas de saúde no atendimento médico-curativo e em sua mercantilização no desenvolvimento destas práticas, ao ocorrer a alocação preferencial dos recursos previdenciários para a compra de serviços aos prestadores privados.

Todo esse processo foi acompanhado de uma modernização nos aparelhos governamentais: “Durante o Regime Pós-64, a administração pública modernizou-se, expandiu-se e especializou-se, alterando hierarquias, competências e situações de poder interno, para atender às exigências do novo projeto econômico e político...” (MARSIGLIA, 1993: 43).

Porém num contexto de industrialização crescente, com alterações significativas na sociedade, os serviços não contemplavam as necessidades postas pelos trabalhadores na atenção à saúde – o que desencadeou reivindicações por ações mais concernentes à necessidade dos trabalhadores – que até então, não tinham muitas opções de serviços em sua atenção primária e nem possibilidades de discussão.

Cohn salienta: “...aprofunda-se o perfil assistencialista da Previdência Social brasileira, agora imune a qualquer forma de controle por parte das classes assalariadas...” (COHN & ELIAS, 2001: 21). Os serviços de saúde financiados pela população previdenciária não eram decididos e supervisionados por ela, mas sim crescentemente controlados pelo Estado.

Paradoxalmente ao poder de controle do Estado, verificava-se um total descaso para com a rede privada que estava conveniada à previdência na assistência médica, o que culminava na fragilidade do setor.

“O INPS ameaçava sucumbir à incapacidade gerencial e a complexidade do sistema previdenciário, além da enxurrada de fraudes dos hospitais privados”. (BERTOLLI FILHO, 2001: 56). Visando sanar parte destas problemáticas foi criado em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que segundo Couto (2004) permeava ações de integralidade técnico-política atrelada à política social previdenciária.

No final da década de 70 institui-se o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) que congregou o INPS, o INAMPS, a LBA, a FUNABEM e a CEME – com objetivo de reunir em um único órgão as instituições que prestavam serviços ou que tinham uma relação direta com a provisão de benefícios à população. Porém como enfatiza Couto:

Se, por um lado, a medida teve seu aspecto mais favorável (...) deixar mais transparentes a oferta e os gastos com as políticas, por outro, ao realizá-la, os governos da ditadura militar efetivaram seus propósitos de controlar a oferta dos benefícios e, automaticamente, controlar a população. (COUTO, 2004: 131-132).

Na área da saúde vários programas foram criados, com atendimentos focais e pontuais, como “pacotes fechados, prontos e acabados” que não contemplavam as diferenças, as diversidades e as problemáticas contidas em toda extensão do território brasileiro. Esse recorte das políticas sociais frente à realidade ditatorial demonstra o quanto as ações neste período tinham como foco prioritário o controle, em detrimento ao direito.

Esta seletividade desencadeou no interior da sociedade um descontentamento, relacionado às grandes problemáticas que o setor estava passando (principalmente na qualidade dos serviços prestados). Surgiu, então, um fenômeno no final dos anos 70, conhecido como Movimento de Reforma Sanitária. Esse movimento, segundo Marsiglia (1993), articulou vários segmentos da Sociedade Civil, médicos sanitaristas entre outros visando a formulação de uma proposta de unificação dos serviços de atendimentos ligados à Previdência e à administração Municipal e Estadual.

A política de saúde no início dos anos 80 pouco fez para alterar o quadro sanitário vigente das décadas anteriores, permanecendo a dicotomização do serviço, o Ministério da Saúde (referenciava as campanhas) e a Previdência Social (respondia à assistência médica mediante critérios de seletividade), ambas com atuações pontuais e superficiais. Como consequência destas ações paliativas, agudiza a crise da saúde, tornando os serviços cada vez mais precários e ineficientes, acarretando um quadro epidêmico.

Com a queda do regime militar, os movimentos de organização popular reaparecem no cenário nacional, sobretudo na década de 80, ocorrendo uma pressão por parte desses atores visando à democratização do Estado.

Esse processo de democratização colocou, segundo Fleury:

...novas exigências em termos do equacionamento da enorme dívida social acumulada (...) seja em termos do atendimento às necessidades, do aumento da equidade e justiça social na implementação das políticas públicas, na recuperação dos princípios federativos e da melhoria da qualidade do serviço público. (FLEURY TEIXEIRA, 1995: 28).

É neste contexto de agudização das questões sociais que a Saúde Pública, através do Movimento de Reforma Sanitária, apresenta um projeto de política de saúde que até então não se tinha visto na realidade brasileira. Resultou, portanto, uma nova forma de relação entre Estado e Sociedade Civil, provenientes dos

embates entre diferentes atores sociais (estes conferindo novas caras e formas de intervenções).

Couto evidencia esse paradoxo existente da década de 80:

A década de 80 mostrou-se um país com enormes dificuldades geradas pela grande concentração de renda e por uma política econômica restritiva do ponto de vista da participação da população na riqueza nacional (...). Ao mesmo tempo, foi uma década pródiga em movimentos sociais e em participação da sociedade, organizando-se por meio de entidades organizações não-governamentais (ongs) e sindicatos, para participarem do movimento pré-constituente. (COUTO, 2004: 137).

É neste contexto que na década de 80 profissionais da saúde e representantes da sociedade civil, na busca por soluções mais eficazes que amenizassem as problemáticas advindas das questões conjunturais e estruturais que repercutiam na área da saúde e, portanto, na vida dos indivíduos, se mobilizaram culminando no que Faria e Jatene relatam:

Conferências, seminários e mobilizações em São Paulo, tratando do agravamento da situação de saúde, precedendo especialmente as 7ª e 8ª Conferências de Saúde, avançaram num sentido da proposta de um Sistema Único de Saúde com a participação popular e controle social. (Faria & Jatene, 1995).

Percebemos, portanto, a abertura das discussões no cenário das políticas públicas, objetivando apresentar novas formas de ação, emergindo as Conferências (com maior expressão e visibilidade a 7ª e a 8ª Conferência Nacional de Saúde), conforme relata Arouca<sup>14</sup>: “O momento da Conferência, na realidade, não está sendo pensada como o da continuação do diagnóstico, mas em quais são as possibilidades reais e concretas que temos de montar um sistemas de saúde, hoje, no Brasil.” (apud ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987: 38).

A 7ª CNS (Conferência Nacional de Saúde) ocorreu em 1980, e teve como pontos importantes a proposta de implantação de um Programa Nacional de serviços básicos de saúde, tendo como objetivo principal a extensão da cobertura dos serviços de saúde à população – a partir do respeito ao compromisso político firmado internacionalmente em 1978 com a Alma Ata<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Presidente da FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz/ RJ), no período que ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

<sup>15</sup> Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde na União Soviética, Alma Ata, onde firmaram uma declaração (conhecida como Declaração de Alma Ata) que

Foi a partir da 7ª CNS que articulou-se o CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), objetivando Sistematizar políticas de assistência à saúde da população previdenciária, e apresentando algumas estratégias de racionalização dos recursos alocados com a assistência médica.

Uma das estratégias postas foi a criação, em 1984, das AIS (Ações Integradas de Saúde) que tiveram propostas de articulação dos recursos federais, estaduais e municipais para a atenção à saúde.

Inicia com estas ações um processo “embrionário” do SUS no que se refere à **universalização** (agora o direito à saúde na assistência médica era para toda a população, independente de vínculos previdenciários) **priorização dos serviços de atenção primária** à saúde, com ênfase à prevenção e **descentralização** nas decisões administrativas técnicas e políticas.

As AIS, como todo projeto inicial, dependendo da intencionalidade política e da correlação de forças que permeiam as ações em suas implantações, desencadearam algumas distorções ou utilização incorreta da máquina pública, conforme percebemos na citação realizada por Marsiglia referente à alocação de recursos aos municípios:

Face a face com uma crônica escassez de recursos humanos, materiais e financeiros, a grande maioria dos municípios do país passou a dispor, com os convênios AIS, dos primeiros recursos financeiros que lhes foram repassados pelo INAMPS. Embora muitos municípios não tivessem utilizado os recursos com presteza e eficiência necessária, outros aproveitaram esta oportunidade para criar Secretarias de Saúde com máquinas autônomas da educação, da promoção social ou do saneamento. (MARSIGLIA, 1993: 26).

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco significativo não somente na história da saúde, mas também no contexto brasileiro das políticas sociais, pois visava debater com os diversos atores sociais que ali estavam presentes as problemáticas na área da saúde e também questões permeadas no momento pré-constituente.

A Conferência propiciou a criação de uma comissão composta por vários segmentos da sociedade que objetivavam propor mudanças no padrão organizacional do sistema de proteção social no país (...) embora de fato, a repercussão se deu mais na área da saúde e da previdência. (MARSIGLIA, 1993: 27).

---

fixava as prioridades a serem atendidas internacionalmente pelos diversos países que ali se encontravam, visando proteger e promover a saúde de seus cidadãos através de metas que deveriam ser cumpridas até o ano 2000.

Na 8ª Conferencia foi reforçada a necessidade de ampliar as propostas das AIS, almejando ações mais eficazes no que se refere à unificação do Sistema de Saúde – com fortes traços para a universalização e a descentralização político-administrativa.

Para que estas questões pudessem ser definidas com maior clareza e alcançar os objetivos propostos na Conferência, segundo consta nos Anais, é iniciada por uma reflexão sobre o conceito de saúde-doença, de Arouca<sup>16</sup>:

...saúde não é simplesmente a ausência de doença, não é simplesmente o fato de que, num determinado instante, por qualquer forma de diagnóstico médico, ou através de qualquer tipo de exame, não seja constatado doença na pessoa. Para a OMS, é mais do que isso: além da simples ausência de doença, saúde deve ser entendida como bem estar físico, mental e social. (apud ANAIS DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987: 36).

Arouca continua evidenciando que para tal compreensão faz-se necessário a abrangência da interpretação – pois uma qualidade de vida implicaria em questões mais amplas, até então não subsumidas no Brasil.

A partir desta visão, o processo saúde-doença deixa de ser entendido apenas enquanto alternativas individuais e pontuais para uma compreensão mais abrangente, no modo como os homens estabelecem relações com o meio; as relações que estabelecem entre si enquanto indivíduo e enquanto grupo – transferindo também para as esferas coletivas. Assim, este processo vem se constituindo no tempo e em suas variações sócio-culturais, contribuindo na determinação do entendimento das ações relacionadas à saúde e à doença na construção de propostas e políticas que visem organizá-la.

Materializou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde o consenso em torno dessa nova lógica que permeava a definição de saúde, seus determinantes, sua incorporação ao direito de cidadania, a conseqüente intervenção do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde, conforme evidencia Marsiglia:

...o Movimento Sanitário encaminhou a elaboração de um projeto para a área, que se denominou Reforma Sanitária, buscando definir ao nível do Legislativo as normas legais a serem inseridas na Nova Constituição Federal para garantir a efetivação das reformas. (MARSIGLIA, 1993: 27).

---

<sup>16</sup> *Ibid.* Nota de rodapé nº10.

Nessa perspectiva, o direito à saúde, articulado pela Reforma Sanitária, fundamenta os protagonismos dos sujeitos sociais para defesa dos direitos à saúde – através de apoio, participação e pressão coletiva.

A implicação direta deste processo é a necessidade do Estado assumir a política de saúde, integrada às demais políticas econômicas e sociais, não mais de forma autoritária e centralizadora, visando controlar a população. Tal responsabilidade implica ser assumida de uma forma descentralizada e participativa, com a população assumindo a participação na formulação, gestão e avaliação destas políticas sociais.

Na conjuntura apresentada é criado em 1987 o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), cujo objetivo principal era unificar, racionalizar, democratizar e descentralizar os recursos federais, estaduais e municipais. Com a criação dos SUDS:

...os convênios passaram a ser assinados com os Estados tendo em vista: repassar as funções de gerência dos serviços previdenciários para as secretarias estaduais, bem como a decisão e execução de contratos do INAMPS com o setor privado na região. Recomendava-se, ao mesmo tempo, que as secretarias estaduais descentralizassem o atendimento básico de saúde, deixando-os a cargo das secretarias municipais (MARSIGLIA, 1993: 28).

Os princípios postos pela Reforma Sanitária brasileira foram posteriormente inseridos na Constituição de 1988 e referem-se aos objetivos almejados através do SUDS, que se efetivaram num intenso processo, com os sujeitos sociais a serem tratados no próximo período (1990 e o limiar do século XXI). Antes, porém, é pertinente contextualizar o Serviço Social neste período analisado (1964-1988).

Segundo Neves, no período de 1964-1988: “Temos, no Serviço Social a linguagem desenvolvimentista e a emergência do pluralismo teórico-metodológico e ideológico político, na performance profissional. E, mais a diferenciação da visão de mundo profissional que afetava a ação profissional em seu papel social.” (NEVES, 1990: 128).

Nessa emergência do pluralismo, desencadeou-se uma forte pressão com vistas à mudança na ação profissional, provinda da reconceituação. Este movimento de Reconceituação trouxe à tona influências marxistas ao Serviço Social, que passou a formular amplos questionamentos acerca de sua prática profissional.

Os questionamentos postos pelos assistentes sociais sobre as práticas profissionais possibilitaram um caminhar em propostas de mudanças na intervenção social.

Na área da saúde esses questionamentos do Serviço Social também vieram à tona visando relacionar as necessidades da realidade com as práticas desenvolvidas, tendo como caracterização desse momento o trabalho de promoção da saúde, através do desenvolvimento de ações preventivas e promocionais com a participação da população e da comunidade. Nesta perspectiva, o trabalho realizado com comunidades pelos assistentes sociais repercutia na área da saúde – principalmente pela organização e participação local.

De acordo com Bravo, o modelo de atuação no campo da saúde desenvolvido neste período era o de “Desenvolvimento e de Mudança Social (...) que visava levar a população a participar do processo de transformação da sociedade, visando a promoção da saúde, seja informado pela perspectiva estruturalista, ou pela perspectiva dialética.” (BRAVO, 1976: 37).

Bravo (1976) enfoca como objeto desse modelo de atuação na área da saúde a situação problema socioeconômica, situações de caráter cultural, social e psicológica, bem como problemas de organização social e de mudanças que interferem na promoção da saúde. O assistente social tinha por objetivo o desenvolvimento social, possibilitando ao usuário a consciência de sua problemática de saúde, articulada à comunidade.

Esta mesma autora, ainda ressalta que a perspectiva de trabalho comunitário repercutia na ação do assistente social no campo da saúde, considerando o doente e/ou a família como parte integrante da sociedade, com ênfase nos aspectos socioeconômicos e culturais. O assistente social tinha uma atuação estimuladora do processo de desenvolvimento e mudança social através da conscientização e mobilização da população na área social de saúde, suas causas e adoção de possíveis estratégias visando à solução.

### **3 – A década de 1990 e o limiar do século XXI**

A Constituição de 1988 concretiza propostas advindas das discussões iniciadas no Movimento de Reforma Sanitária, viabilizando e expandindo os direitos

garantidos à população. Carvalho afirma: “Os direitos políticos adquiriram amplitude nunca antes atingida. No entanto, a estabilidade democrática não pode ainda ser considerada fora de perigo. A democracia política não resolveu os problemas econômicos mais sérios, como a desigualdade e o desemprego”. (CAVALHO, 2004: 199).

Couto (2004) apresenta uma questão paradoxal posta à realidade brasileira nesta efervescência do processo de construção por direitos no Brasil, o país segue as determinações dos organismos financeiros internacionais, por meio de orientações acordadas no Consenso de Washington. Dentre tais orientações, com grande viés neoliberal, estão: “a indicação para a desestruturação dos sistemas de proteção social vinculadas às estruturas estatais e a orientação para que os passassem a ser gestados pela iniciativa privada.” (COUTO, 2004: 145).

As propostas neoliberais pressupõem uma diminuição nos gastos do Estado para com as políticas sociais, visto ser a alternativa de diminuir o “déficit público” e investir em novas frentes de trabalho, estas últimas não se comprovam com o vivenciado nos dias atuais, uma vez que aumentam a competitividade e a crescente robotização.

O ideário neoliberal havia incluso, como componente central para reforçar sua implementação, o anticomunismo – dados estes já utilizados no período ditatorial. Na América do Sul, as políticas neoliberais também tiveram forte implementação, onde na maioria destes países, segundo Perry Anderson (????) foram implantadas sob um regime ditatorial, embora não generaliza a idéia do projeto neoliberal ter como componente “antecipador” os regimes autoritários.

No Brasil, após a Nova República, no mandato de José Sarney, reiniciando a democratização do país, em 1989, há a eleição direta do Presidente da República Fernando Collor de Mello, que impulsiona o projeto neoliberal, em detrimento das políticas sociais.

No governo de Collor após graves questões de corrupção, confisco das poupanças, etc, atreladas à insatisfação popular, houve uma grande mobilização da Sociedade Civil na efetivação do impeachment.

Assume, então, o vice Presidente da República Itamar Franco, continuando, em seu governo, as ações clientelistas e assistencialistas. No entanto, é necessário assinalar que um avanço relevante nesse período foi a aprovação da Lei Orgânica

da Assistência Social (LOAS), lei nº 8.742/93, que regulamenta a Assistência Social como uma Política Social.

As políticas neoliberais continuam expandindo-se e permanecem quando seu sucessor Fernando Henrique Cardoso assume a Presidência da República em 1995, com prioridades ao controle da inflação e à estabilidade da moeda. Devido a avanços na questão econômica, camuflando as problemáticas sociais com políticas paliativas e focalizadas, esse presidente se reelege, permanecendo no poder por oito anos.

O que verificamos é um continuum no processo de reestruturação global no cenário da economia nacional, ampliando as precárias condições de vida da população brasileira, agravada pela retração estatal em suas responsabilidades sociais.

Pela primeira vez desde 1960, um presidente eleito diretamente pelo povo – Fernando Henrique Cardoso – cumpre integralmente seus dois mandatos consecutivos e transmite a faixa presidencial ao candidato da oposição – Luiz Inácio “Lula” da Silva, eleito pela maioria da população com propostas de mudanças econômico-sociais.

Em 2006, o presidente Luiz Inácio “Lula” da Silva vem chegando ao término de seu mandato. Nesse período deu continuidade e avançou na área econômica do projeto neoliberal, bem como ampliou as políticas de assistência social, principalmente através do Programa Bolsa Família, não realizando mudanças significativas nas demais políticas públicas do país, particularmente na área da saúde.

Neste período, a saúde deixa de ser considerada um seguro, para compor na Constituição Federal de 1988 a Seguridade Social, adquirindo assim o “status” de política de direitos. Através da Seguridade é instituída a Saúde e a Assistência Social enquanto uma política de caráter universal, porém esta última prioritariamente atenderá a quem dela precisar (pela ausência de condições mínimas sociais de sobrevivência). A Previdência Social continua com seu caráter de seguro social, onde tria seus segurados por critérios de contribuição, atrelados à relações de trabalho.

Sendo assim: “... pactuaram-se, não sem contradições e conflitos, a maioria das propostas que viriam a ser escritas na nova Constituição: a saúde como direito

de todos e dever do Estado, articulada às demais políticas sociais,...” (GOUVEIA, 2000, 28).

Na área da saúde, nos anos 90, foram regulamentados os princípios que fundamentam o SUS, através das leis nº 8.080 e 8.142, emergindo algo que no Brasil não era até então pensado: **a saúde como um direito**, portanto, a concepção de saúde deixa de ser vista enquanto ausência de doença para pensá-la enquanto qualidade de vida.

Estas leis trazem às três esferas de governo a capacidade de definir, junto com os usuários, as ações e atividades do setor (prioridades, metas, financiamento e a fiscalização do poder público para impedir a ação inadequada no uso dos recursos públicos).

É, assim, criada uma nova institucionalidade democrática, caracterizada por novos espaços colegiados de decisões, a saber: Conselhos, Conferências, Comissões, etc, trazendo a responsabilidade de participação da comunidade na gestão, fiscalização e controle. “A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estritamente vinculada à democracia.” (FARIA & JATENE, 1995: 35).

Para a efetivação desse modelo de saúde, houve a necessidade de novos arranjos e organizações nos serviços, necessitando de uma mudança não apenas organizacional, mas na forma como se apresentavam as relações entre os usuários do serviço e os gestores, visando uma qualidade nas ações prestadas à população de forma democrática e universal, enquanto um direito do cidadão e dever do Estado.

Como já evidenciado, o modelo neoliberal prevê que cada indivíduo vele pelo seu bem estar ao invés da garantia do Estado de Direito – enquanto instância mediadora da universalização dos direitos e da cidadania. Para Vasconcelos:

Atualmente, as políticas focalistas do Estado neoliberal, não só excluem a maioria do acesso aos benefícios, mas rompem com o que está garantido na Constituição Federal, principalmente no que se refere à saúde, assistência e previdência, constantes em lei como direito do cidadão e dever do Estado, dificultando a universalização dos direitos e, principalmente, o controle social. (VASCONCELOS, 2002: 58)

Estes fatos demonstram que apesar do valor e da importância das regulamentações do SUS em lei, não é garantia de seu bom funcionamento e

eficiência, embora seja possível, de certo modo, a participação popular em suas estruturas. O SUS está caminhando. Contudo é necessário saber de que forma este percurso está sendo benéfico aos usuários dos serviços de saúde.

É nessa trama contraditória da realidade brasileira que se apresenta o Serviço Social no limiar do século XXI. Diante das demandas de re-direcionamento das políticas sociais nas diferentes áreas, garantidas constitucionalmente como direito do cidadão, em contrapartida à reestruturação dessas políticas em função dos ditames do Capital.

Estas alterações societárias vêm provocando profundas mudanças na questão social, repercutindo nos rumos do Serviço Social na contemporaneidade. Conforme Iamamoto:

... esse contexto que altera a demanda de trabalho do Assistente Social modifica o mercado de trabalho, altera os processos de trabalho e as condições em que se realizam, nos quais os Assistentes Sociais ingressam enquanto profissionais assalariados. As relações de trabalho tendem a ser desregulamentadas e flexibilizadas. Verifica-se uma ampla retração dos recursos institucionais para acionar as defesas dos direitos (...) e tem-se um redimensionamento das condições do exercício profissional porque ele se efetiva pela mediação do assalariamento. (IAMAMOTO, 2002: 09-10).

O Serviço Social passa, assim, por mudanças em seu projeto profissional, destacando-se em 1993 a elaboração do novo Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação Profissional (Lei nº 8.662/93). Ambos, de modo geral, refletem a busca por ações profissionais que contribuam para a efetivação dos direitos dos usuários na construção da cidadania.

Há uma convergência entre alguns princípios expressos no Código de Ética dos Assistentes Sociais com os direitos sociais, especificamente os direitos de saúde, evidenciando um posicionamento político dos assistentes sociais na defesa permanente dos direitos sociais dos usuários enquanto sujeito de direitos.

Neste sentido Vasconcelos ressalta:

Este código destaca-se dos demais pelo compromisso de contribuição para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais, reafirmando um dos dois grandes avanços da Constituição Federal: a universalização dos direitos sociais e a possibilidade de controle social, por parte dos segmentos populares,... (VASCONCELOS, 2003: 56).

Quanto à Lei de Regulamentação Profissional representa, segundo lamamoto, “... uma defesa da profissão na sociedade e um guia para a formação acadêmico-profissional...” (IAMAMOTO, 2002: 13).

Vasconcelos salienta aspectos significativos da referida Lei:

...elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos de administração pública direta ou indireta (...); elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com a participação da sociedade civil; encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade (...); realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fim de benefícios e serviços sociais;... (VASCONCELOS, 2003: 08).

Deve-se ter sempre presente a natureza histórica do Serviço Social “... se configura e se recria no âmbito das relações, entre o Estado e a sociedade, frutos de determinantes macro-sociais que estabelecem limites e possibilidades ao exercício profissional”. (IAMAMOTO, 2002: 9).

As alterações ocorridas têm rebatimento direto na atuação do Serviço Social, tornando-se imprescindível a exigência do profissional estar atento a esse processo, considerando a importância de realizar os nexos da história com a realidade atual, bem como a clareza da realidade institucional.

Essas alterações refletem diretamente nos rumos que a profissão vem seguindo e como alerta lamamoto: “Possibilidades novas de trabalho se apresentam e necessitam ser apropriadas, decifradas e desenvolvidas;...” (IAMAMOTO, 2000: 48).

Além disso, lamamoto (2004) revela novas possibilidades de trabalho ao Serviço Social, e que necessitam ser apropriados, decifrados e desenvolvidos. Estas novas possibilidades de ação profissional permeavam a reestruturação das políticas sociais em torno dos direitos dos usuários e não mais a critérios e condições pré-estabelecidos.

Vale esclarecer que o Código de Ética Profissional do Assistente Social e a Lei de Regulamentação Profissional antecedem e sustentam, no período em foco, a proposição do projeto ético-político – projeto que emergiu e se instituiu nesse processo de renovação do Serviço Social.

O projeto ético-político do Serviço Social é evidenciado por Netto como um conjunto:

... valores que legitimam socialmente, delimitam e priorizam objetivos e funções formulam os requisitos teóricos, institucionais e práticos para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas de sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais. (NETTO, 1999:95).

Sant'ana (2000) ressalta que os compromissos expressos no projeto ético-político, embora pressuponham as normatizações do Código de Ética, ultrapassam os marcos normativos, pois se trata de valores e finalidades que implicam em escolhas, compromissos e responsabilidades visando a construção de uma nova ordem societária. Mas este compromisso firmado torna imprescindível a construção de estratégias que considerem os marcos da atuação profissional no contexto histórico, o que imprime à prática características e limites.

O projeto profissional do Serviço Social nega o projeto societário, posicionando a favor de uma nova ordem que tenha como um dos princípios a defesa dos direitos; exigindo do profissional uma postura crítica frente às condições adversas postas na realidade, possibilitando o reconhecimento e a clareza dos limites advindos dos condicionantes internos e externos.

Para que esta construção se concretize, Paiva e Mourão explicitam algumas “exigências” aos assistentes sociais:

... o domínio das informações referentes às Políticas Sociais para que possam ser socializadas e apropriadas democraticamente pelos usuários. Além disso, requer habilidades técnico-operacionais que permitam um diálogo profícuo com os diferentes segmentos sociais capazes de contribuir nos processos de desalienação mútuos de produção de novos consensos a partir de um sólido aporte de conhecimentos para a compreensão das contradições e aspectos estruturais da realidade e das condições de vida dos usuários. (PAIVA & MOURÃO, s/d: 12).

Pelo exposto, no contexto histórico da realidade brasileira, a partir dos anos 1930 até o início do século XXI, o percurso de saúde até se constituir uma política social de direito e o percurso das práticas do Serviço Social até se inserirem na defesa intransigente dos direitos sociais, particularmente, dos direitos de saúde, foram permeados dialeticamente por aproximações recíprocas e contraditórias na construção da cidadania, no bojo das relações entre Estado e Sociedade Civil.

O próximo capítulo procura avançar conceitualmente a questão central dos direitos sociais e, especificamente os direitos de saúde, como elementos fundantes da cidadania.

## CAPÍTULO II

### DIREITOS SOCIAIS E DIREITOS DE SAÚDE: uma questão de cidadania

**...a gente quer viver pleno direito,  
a gente viver todo o respeito,  
a gente quer viver uma nação,  
a gente quer é ser um cidadão.  
(GONZAGUINHA, Música É)**

Percebemos no capítulo anterior que os direitos no Brasil, dentre eles o da saúde, se constituíram como acesso à população mediante algumas condições, baseadas no seguro social, atrelada a contribuições.

O acesso aos direitos restringia-se apenas a uma fração da população – classe trabalhadora. E mesmo dentro desta classe, ocorriam as subdivisões, segundo categoria profissional – torna-se cidadão, em sua acessibilidade, mediante a ocupação estabelecida e reconhecida por legislação trabalhista, ou seja, a cidadania era pautada mediante algumas condições e baseada na desigualdade. Segundo Marsiglia: “... cria-se direitos do contribuinte e não do cidadão”. (MARSIGLIA, 1987: 17).

Sendo assim, percebemos a necessidade de realizar um capítulo de conceituação teórica, que tenha por objetivos clarear algumas questões acerca dos direitos sociais e, por assim dizer, os direitos à saúde, que possibilitarão a contribuição frente à pesquisa realizada.

Não há, porém, como trabalharmos a categoria direitos sociais sem antes verificar sua relação direta com o termo cidadania. Pois “... só existe cidadania se houver a prática da reivindicação, da apropriação de espaços, da pugna para fazer valer os direitos de cidadão”. (Manzine-Covre, 2001: 10).

Concordamos com esta autora, quando refere que numerosos estudos vêm surgindo, nas últimas décadas, sobre o conceito cidadania. O “termo” se encontra desde a mídia, em músicas (como verificamos na epígrafe acima), nos movimentos sociais, no poder político, na produção intelectual, nos mais diversos lugares etc. Constatamos que o conceito cidadania perpassa diferentes extratos populacionais e, em cada um, a interpretação poderá variar. Essa diversidade também ocorre no meio intelectual, sendo assim, estarei utilizando como referências principais os autores: Liszt Vieira (2001), Maria de Lourdes Manzini-Covre (2001), Carlos Nelson Coutinho (2000) e Pedro Demo (1995).

O sentido etimológico da palavra cidadão é derivado da palavra ‘civita’, que em latim significa cidade e, sendo assim, atrelado à noção do habitante da cidade, ou aquele que está capacitado, literalmente a viver na cidade. No sentido ateniense, cidadania está associada aos direitos das pessoas participarem da vida política em sociedade. Esta participação continha algumas restrições, ou seja, havia alguns critérios para as pessoas serem consideradas cidadãs, como posses, propriedades e questões de gênero. O importante a ressaltar deste conceito é a questão da possibilidade de participar da vida política da cidade.

O Capitalismo fortaleceu a questão da cidadania, visto que o termo está atrelado à “vida em cidade” e este modo de produção estava atrelado à constituição da sociedade burguesa, com isso, significava a sociedade centrada na cidade. “... ser cidadão significa, portanto, participar ativamente da vida da cidade, isto é, da *polis*. Ser cidadão é, pois, agir politicamente, quer dizer, agir segundo as exigências da própria cidade.” (SAVIANI, 2001: 31).

Liszt Vieira (2001) em seu livro, com o intuito de definir o termo cidadania, utiliza-se da definição construída por Janoski (1998), quando este realizou um agrupamento de várias perspectivas encontradas em diversos dicionários: “Cidadania é a pertença passiva e ativa de indivíduos em um Estado-nação com certos direitos e obrigações universais em um específico nível de igualdade” (apud VIEIRA, 2001: 34).

Para Vieira (2001), tal definição amplia o conceito em quatro aspectos principais:

- Primeiro, quando trabalha com o termo de pertença dos indivíduos ao Estado-nação: não reduzindo a cidadania a uma minoria dominante e por assim dizer, enquanto sujeitos, temos a possibilidade da participação na conquistas dos direitos.
- Segundo, quando introduz a distinção entre direito e deveres ativos e passivos de existência, estes últimos referem-se a imperativos que nos limitam legalmente, e como direitos ativos implicam na capacidade de fazer parte, bem como influenciar o poder político, enquanto sujeitos da história.
- Terceiro, quando universaliza os direitos, onde através da constatação em lei, possibilitando a garantia a todos independente de raça, cor, posição social etc. A universalidade permite a efetivação da cidadania plena e
- Quarto, quando afirma a igualdade, “equilibrando direitos e deveres dentro de certos limites”. (VIEIRA, 2001:35).

Coutinho define:

Cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado. (COUTINHO, 2000: 50)

Algo importante apontado por Coutinho na definição de cidadania é a possibilidade histórica nesta definição, alterando-se no processo segundo a correlação de forças existentes, onde cidadania não é algo determinado por uma classe, mas construído nesta relação entre os sujeitos. Complementando: “... resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando assim um processo histórico de longa duração”. (COUTINHO, 2000: 51).

Dessa forma, a cidadania não é uma categoria estanque e acabada, muito pelo contrário, está imbricada nas tramas do cotidiano, nas relações com os sujeitos

enquanto seres inacabados que somos e em constante busca. Sendo assim, sempre teremos a possibilidade de participar e construir na ampliação de nossa cidadania, através do que Demo (1995) considera como emancipação, veremos posteriormente.

Percebemos que a história da cidadania é feita com avanços e retrocessos – através de conquistas advindas do momento conjuntural. De modo geral, dentre a variedade de estudos sobre o tema, cidadania está vinculada quanto ao direito a ter direitos. Segundo Liszt Vieira, a perspectiva clássica é referenciada por Thomas H. Marshall, que “... propôs a primeira teoria sociológica de cidadania ao desenvolver os direitos e obrigações inerentes à condição de cidadão...” (VIEIRA, 2001: 33). Estabelecendo o que ele chamou de tipologia dos direitos de cidadania, “... os direitos civis conquistados no século XVIII, os direitos políticos alcançados no século XIX – ambos chamados de direitos de primeira geração – e os direitos sociais conquistados no século XX, chamados de direitos de segunda geração” (apud VIEIRA, 2001: 33).

Mas, falar em cidadania não se resume em definir a “tipologia dos direitos”. Implica na construção de novas relações e consciências, pois o processo de cidadania, no mundo contemporâneo, está relacionado diretamente à capacidade de desenvolvimento de uma sociedade, que perpassa a defesa dos direitos, isto conquistado através da emancipação dos sujeitos, refletindo no progresso democrático.

Segundo Demo (1995), na construção da democracia não será possível suprimir as relações de poder (implícito na estrutura da sociedade), mas torna-se plenamente possível administrá-las de modo democrático, com base no Estado de Direito. Afirmando a cidadania enquanto “...competência humana de fazer-se sujeito, para fazer história própria e coletivamente organizada” (DEMO, 1995: 01).

Ainda complementa que alguns fatores são fundamentais para a formação da cidadania plena: educação, organização política, identidade cultural, informação e comunicação, tendo seu maior enfoque no processo emancipatório<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Demo compreende que: “O processo emancipatório funda-se, de partida, na capacidade crítica, para com base nesta, intervir na realidade de modo alternativo”. (DEMO, 1995:02). O autor complementa que esta capacidade crítica permite ao indivíduo escolher sobre os caminhos a seguir, enquanto sujeito histórico, possibilitando pensar e conduzir seu destino, evitando assim tornar-se manobra de massa. Neste estudo, utilizaremos o termo autonomia – como um dos princípios do SUS.

A falta do processo emancipatório pode refletir em outros dois tipos de cidadania:

- **Cidadania Tutelada:** aceita pela classe dominante enquanto forma de manter o poder vigente, através da concessão, do clientelismo e do paternalismo – não possibilitando a consciência crítica dos sujeitos que “recebem a dádiva”. “O resultado mais típico (...), na prática, é sua negação/ repressão, é a reprodução indefinida da sempre mesma elite histórica”. (DEMO, 1995: 06).
- **Cidadania Assistida:** neste processo o indivíduo tem alguma consciência crítica, o que possibilita: “...a elaboração de um embrião da noção de direito, que é o direito à assistência...” (DEMO, 1995: 06). Mas esta forma de cidadania não pode ser um fim em si mesma, pois poderá reproduzir a manutenção do poder. Deve ser um meio para atingir o passo para a emancipação.

Demo (1995) não nega que alguns indivíduos necessitem de provisão material, até porque para este autor, um aspecto fundamental da democracia é o reconhecimento do direito à assistência para indivíduos que por inúmeras razões têm coibido as chances de sobrevivência.

O cuidado nesta assistência é para que a mesma não subalternize o indivíduo, despolitizando-o. A prática da cidadania não pode perder de vista: “...o direito de emancipação, porque este é o ideal da sociedade democrática; tutela nunca, assistência quando necessária, emancipação sempre...” (DEMO, 1995: 05).

Sendo assim, o desafio da cidadania é possibilitar essa emancipação através da consciência crítica que propiciará ao indivíduo tornar-se sujeito, negando aceitar-se enquanto objeto, participando ativa e conscientemente de sua história, construindo ações que visem à garantia dos direitos.

De modo geral, todos os estudos verificados por nós, evidenciam a cidadania enquanto um processo, o qual o indivíduo é sujeito e tem a possibilidade, através de negociações, conquistas, construções etc de alterar seu percurso histórico, podendo, refletir em direitos – estes efetivados frente à nossa capacidade de organização, numa relação de pertencimento, entendendo-o enquanto a possibilidade de fazer parte.

Coutinho evidencia que no mundo moderno não há como falar em cidadania sem contudo falar em direitos: "...um processo que se inicia com a obtenção dos direitos civis, passa pelos direitos políticos e chega finalmente aos direitos sociais", (COUTINHO, 2000: 55), implicando uma relação orgânica dos direitos com a cidadania.

## 1 – Direitos Sociais: construção em movimento

Os direitos sociais tiveram seu apogeu no final da Segunda Guerra Mundial, mas seu processo de consolidação já vinha sendo fomentado desde o final do Século XVIII, com a Revolução Industrial.

Segundo Couto (2004) e Bobbio (2004), os direitos sociais advêm de uma nova forma de Estado, o Estado Social, pois a efetivação destes direitos repercutiu na ampliação da intervenção do Estado. Os direitos civis e políticos tem como natureza o caráter individual, já os direitos sociais possuem caráter individual e também coletivo.

Este caráter individual e coletivo é mais difícil de ser efetivado, pois segundo Bobbio, "... os direitos sociais exigem, para sua realização prática, para a passagem da declaração puramente verbal à sua proteção efetiva, precisamente o contrário, isto é, ampliação dos poderes do Estado" (BOBBIO, 2004: 87).

Para compreender o movimento de conquista dos direitos, precisamos anteriormente compreender os paradigmas que os norteiam, sendo assim concordamos com Bobbio (2004) quando vem defender a sobreposição dos **direitos históricos** (nascidos em certas circunstâncias e de modo gradual, caracterizados por lutas em defesa de novas liberdades) ao **direito jus naturalista** (derivado da natureza do homem e impossibilitado de qualquer alteração).

Compreendemos que os direitos sociais, assim como os direitos civis e políticos, são históricos, nascidos em determinadas circunstâncias e frutos de um movimento pelo qual emergem as necessidades e a importância para sua criação, mediante alguns carecimentos. Estas demandas sociais, para se constituírem enquanto direitos, necessitam ser assumidas nas instituições que as configuram, e a partir daí são expressas em códigos, em Constituições enfim, nas diversas leis que

as configuram como direitos, utilizando o termo de Coutinho: "... asseguram uma legalidade positiva" (COUTINHO, 2000: 53).

Este mesmo autor evidencia que antes dessa legalidade positiva os direitos possuem uma intencionalidade e algumas expectativas através das demandas são formuladas em determinados momentos históricos, determinados por classes ou grupos sociais. Verificamos essa realidade através do primeiro capítulo desta dissertação, quando Vargas, tido governo populista, implantava os direitos sociais de viés trabalhista, fruto de reivindicações e demandas da população trabalhadora, bem como estratégia para aumentar a força de trabalho gerando mais lucro à classe dominante.

Desta forma, percebemos que os direitos dos homens desde sua efetivação com os direitos civis, posteriormente com os direitos políticos e no século XX, com os direitos sociais, vêm se modificando, o que possibilita dizer que fatos que não eram concebidos como direitos, passam a ser em outros momentos. Assim, como questões que hoje não são consideradas como direitos, mas poderão ter suas efetivações posteriormente. Este processo pode se dar ao contrário, direitos conquistados anteriormente podem vir a ser rejeitados, ou melhor, ignorados posteriormente como vimos no primeiro capítulo com o período ditatorial ocorrido no Brasil.

O mesmo processo ocorreu com os direitos sociais, que segundo Coutinho (2000), durante muito tempo foram rejeitados sob a alegação de que estimulavam a preguiça e as leis do mercado. Mas, como todo processo histórico, fruto da correlação de forças e interesses existentes, possibilitou que os direitos sociais, após inúmeras reivindicações, alcançassem sua maturidade passando a ser compreendidos enquanto direitos. Desta forma, entendemos:

Os direitos sociais são os que permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade (...) não deve ser concebido apenas com base em parâmetros naturais, biológicos, mas deve ser definido, sobretudo, historicamente, como resultado das lutas sociais (COUTINHO, 2000: 62).

Nesta lógica, os direitos sociais, frente a seu caráter histórico passam a ser enfatizados no século XX e consagrados através da Declaração Universal dos Direitos dos Homens (em 1948) pela ONU, quando a compreensão perpassa o acesso universal à educação, saúde, habitação, previdência pública, assistência etc.

A partir dessa consagração, surge uma nova discussão em torno dos direitos sociais – a materialização desses direitos, como enfoca Bobbio:

...a afirmação dos direitos dos homens não é mais uma nobre exigência, mas o ponto de partida para a instituição de um sistema de direitos estritos da palavra, enquanto direitos positivos ou efetivos. O segundo momento da história da Declaração dos Direitos do Homem consiste, portanto, na passagem da teoria à prática,... (BOBBIO, 2004: 49).

Coutinho (2000) contribui trazendo apontamentos acerca dos direitos sociais que tem como tarefa fundamental hoje, não o seu reconhecimento legal, embora sejam fatores preponderantes, mas a sua efetivação. Enfoca que a efetivação advém de um processo de lutas e conquistas, visando à materialização almejada – iniciando o reconhecimento legal e possibilitando conquistas e os avanços à população.

Concordamos com Coutinho (2000), quando complementa que os direitos são resultados de conquistas da classe trabalhadora. Realiza uma crítica à visão simplista que compreende estes apenas como estratégias de manipulação e legitimação do poder frente à manutenção da dominação. “Essa posição, por ser unilateral, é equivocada. Como todos os âmbitos da vida social, também a esfera das políticas sociais é determinada pela luta de classes”. (COUTINHO, 2000: 64).

Esse processo de luta é constante e ininterrupto, pois, mesmo com a legalidade dos direitos e sua efetivação, não implica que estes sejam intocáveis, ou ainda, que não precisem estar constantemente construídos e reconstruídos como forma de sua garantia com vistas à cidadania plena.

Partindo do pressuposto dos direitos enquanto construções históricas, seria contraditório relatar que tais conquistas também estivessem prontas e acabadas. Por serem históricos, esse processo permanece em constante alteração, advindo da dinamicidade do cotidiano e dos sujeitos, frente aos diversos interesses que deles fazem parte.

Na realidade brasileira, vimos que somente a Constituição de 1988 institui o Brasil como um Estado Democrático que tem como pressuposto assegurar o exercício dos direitos políticos, civis e sociais (este último em sua natureza individual e coletiva); a liberdade, a igualdade, a segurança, a justiça, o desenvolvimento, o bem-estar etc, sem preconceitos e em respeito à pluralidade. Não por acaso que esta Constituição foi tida como a “Constituição Cidadã”.

Segundo esta Constituição Federal, os direitos sociais do cidadão brasileiro são: **saúde**, educação, trabalho, moradia, lazer, segurança, a previdência social, proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados (Constituição Federal – Art. 6º e Emenda Constitucional nº 26/2000).

Dentre os direitos sociais, se incluem os direitos à saúde, com seu reconhecimento universal, fruto de um longo período de maturação, advindo de um processo de lutas e conquistas, que geraram avanços e retrocessos.

## **2 – Saúde: direito do cidadão e dever do Estado**

Como percebemos anteriormente, a conquista de nossos direitos, em específico o da saúde, a partir da Constituição de 1988, conseguiu alcançar o “status” de direito social, enquanto acesso universal. Por essa característica (conforme a definição referida anteriormente por Janoski), atinge sua maioria como direito de cidadania, visto abarcar a todos e também por ser aplicado e garantido pelo Estado.

A conquista dos direitos de saúde como direito de cidadania foi um longo processo que se iniciou com o Movimento de Reforma Sanitária, frente à agudização das questões de saúde enquanto reflexo do agravamento da questão social tendo sua consagração na Constituição Federal de 1988. Esse processo não foi passivo, mas fruto de uma construção repleta de confrontos com os diferentes segmentos em seus mais diversos interesses. “No entanto, através do texto Constitucional, o Estado Capitalista brasileiro passa a reconhecer o direito da população à saúde, direito este inerente à condição de cidadania” (MORITA, 1994: 9).

Portanto, o texto constitucional institui a saúde enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção e recuperação da saúde. Institui ainda, a participação em caráter complementar das instituições privadas; igualmente institui a descentralização com direção única em cada esfera do governo; o atendimento integral com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais, e a participação da comunidade.

Desta forma, constatamos que a saúde passa a ser definida como resultante de políticas sociais e econômicas, enquanto um direito do cidadão e um dever do Estado, cujas ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados

(contratados e conveniados) devem ser promovidos por um Sistema Único de Saúde, seguindo as diretrizes previstas em artigos da Constituição Federal obedecendo aos princípios: universalidade, descentralização político-administrativo, equidade, controle social. Como explicita Natalini:

Atender a todos, de acordo com suas necessidades, independente de pagamento; atuar de maneira integral, com ações de saúde voltada para o indivíduo e para a comunidade, com ações de promoção, prevenção e tratamento; descentralização, com poder de decisão pertencendo aos responsáveis pela execução das ações; ser racional devendo organizar ações e serviços de acordo com a necessidade; ser eficiente e eficaz, produzindo resultados com qualidade; ser democrático, assegurando direito de participação de todos os segmentos envolvidos (...); ser equânime (equidade é diferente de igualdade). (NATALINI, 2003: 58).

Tudo isso traz à tona a exigência de um modelo eficaz, democrático e universal através da participação popular nas discussões das condições de vida da população brasileira. Nesta proposta percebemos um caráter inovador, visando maior racionalidade do sistema, porém, algumas questões devem ser consideradas na efetivação das propostas apresentadas à realidade.

É preciso ressaltar que a proteção da saúde depende, sobretudo, das decisões políticas, que levem em consideração o contexto histórico, a realidade apresentada e as necessidades populacionais, a maneira eficaz de alocação dos recursos etc, tornando pertinentes ações eficazes para a construção de uma sociedade em que a concepção de saúde deixe de estar associada à “ausência de doença” (com conotação para o desempenho das atividades cotidianas, um mal estar físico e emocional) passando a ser entendida como qualidade de vida.

Os direitos sociais da saúde e as competências das instâncias Federativas (União, Estados e Municípios) relativas ao Sistema Único de Saúde, estão expressos na Constituição Federal de 1988, regulamentados nas Leis Orgânicas nº. 8.080 e 8.142 (ambas de 1990) e nas Constituições dos Estados.

O Estado de São Paulo, segundo Gouveia (2000), visando romper com o hiato legal referente à saúde, fez valer a hierarquia das leis através da Constituição do Estado de São Paulo (em 1989) e do Código de Saúde (em 1995) – destes dois últimos derivaram-se as leis ordinárias. Segundo este autor, através destas leis o Estado de São Paulo: “... fez valer os interesses mais profundos de cidadania...” (GOUVEIA, 2000: 18).

Compreendemos ser a Constituição a instância soberana de promulgação dos direitos, a partir dela que leis se regulamentaram, bem como códigos se constituíram, visando estabelecer condutas e normas para a garantia dos direitos – tendo como pano de fundo a construção da cidadania. Desta forma, nesta investigação, quando falamos em direitos garantidos na área da saúde, estamos em específico tratando do artigo 198 da Constituição Federal e do artigo 7 da Lei 8.080/90, pontuando alguns de seus incisos:

Art. 7º - As ações e os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), ao desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

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

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos e privilégios de qualquer espécie;

V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI – divulgação de informação quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário...

VIII – participação da comunidade...

X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; (....) (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988: artigo 198 e LEI 8.080/1990, artigo 7).

Grandes processos se realizaram para enunciar tais direitos. A problemática existente gira em torno de sua efetivação, como focado anteriormente: “...uma coisa é proclamar esse direito, outra é desfrutá-lo efetivamente.” (BOBBIO, 2004: 10). Embora tenhamos esses direitos conquistados legalmente, não é sinônimo de sua plena efetividade, mas não podemos desmerecer os avanços conquistados através dos amplos processos de lutas e discussões. Em contrapartida, por eles terem sido proclamados não devemos nos acomodar, é imprescindível uma mudança para que essas conquistas possam vir a sua plena efetivação.

Precisamos ter a clareza de que, embora tenhamos um serviço estruturado, não é um modelo “pronto e acabado”. O direito conquistado constitucionalmente não é algo posto e fechado, mas sim fruto de conquistas advindas de um processo

histórico de lutas que visam ampliar o horizonte teórico e prático dos diversos interlocutores envolvidos direta ou indiretamente neste sistema.

Conseguimos, assim, alcançar os direitos sociais com vista à cidadania, no que tange a sua universalização. Mas para podermos ser cidadãos plenos, devemos agir para que estes direitos se efetivem cotidianamente. Recorrendo novamente a Bobbio, verificamos que os direitos devem ser: "... não apenas proclamados, ou apenas idealmente reconhecidos, porém, efetivamente protegidos até mesmo contra o próprio Estado que o tenha violado" (BOBBIO, 2004: 50).

Ainda com Bobbio, concordamos quando descreve o processo de desenvolvimento dos direitos (ao menos ideal): "... os direitos do homem nascem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos particulares para finalmente encontrarem sua plena realização como direitos positivos universais" (BOBBIO, 2004: 50).

Transpondo a citação de Bobbio (2004) para os direitos de saúde no Brasil, percebemos que estes atingiram o primeiro estágio através dos dispositivos constitucionais e regulamentação posta nas Leis orgânicas de saúde.

No presente, verificamos que os direitos de saúde não chegaram aos direitos positivos universais, permanecendo ainda como direitos positivos particulares. Isso significa que os direitos à saúde, muitas vezes, são prestados em casos isolados e pontuais.

Alcançar o estágio de direitos positivos universais implica numa efetividade dos direitos apresentados pelas leis, visando exercer a cidadania plena. Temos muito ainda muito a caminhar para que esses direitos se efetivem enquanto tais e possam ser prestados com qualidade, rompendo com a idéia de concessão, favor, benemerência – que tendem a subalternizar os usuários que aos serviços recorrem, despolitizando-os – com ações que permeiem a Cidadania Tutelada.

É necessário que os direitos se materializem cotidianamente, através da Cidadania Assistida (quando for preciso) visando à autonomia do sujeito.

É preciso ter claro que essa construção tem ritmos e feições próprias expressas em cada realidade concreta, oscilando conforme os múltiplos esforços coletivos na diversidade dos municípios brasileiros. Sendo assim, no próximo capítulo, contextualizaremos o *locus* da pesquisa através de um mapeamento do SUS na cidade de Sorocaba.

## CAPÍTULO III

### CARACTERIZAÇÃO DE SOROCABA E DOS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DE SAÚDE

#### 1 – A Cidade e sua História

Visando uma compreensão melhor dos espaços onde se dão as práticas dos profissionais de Serviço Social, verificamos a importância de contextualizar o *locus* da pesquisa. Para isso foi realizada uma sucinta caracterização da cidade de Sorocaba (histórica e geográfica), bem como o mapeamento do SUS na cidade, tendo como “pano de fundo” a Política de Saúde vigente, visando fornecer subsídios para a reflexão e análise das práticas dos assistentes sociais que trabalham nas unidades municipais de saúde na contribuição da efetivação dos direitos à saúde.

Sorocaba, cidade sediada a sudoeste do Estado de São Paulo, está classificada entre os maiores municípios brasileiros, seja em população, seja em geração de renda. Localizada a 96 km de São Paulo, faz divisa com os municípios Porto Feliz, Votorantim, Alumínio, Mairinque, Itu, Araçoiaba da Serra, Salto de Pirapora e Iperó.



Fonte: Prefeitura Municipal de Sorocaba / 2002.

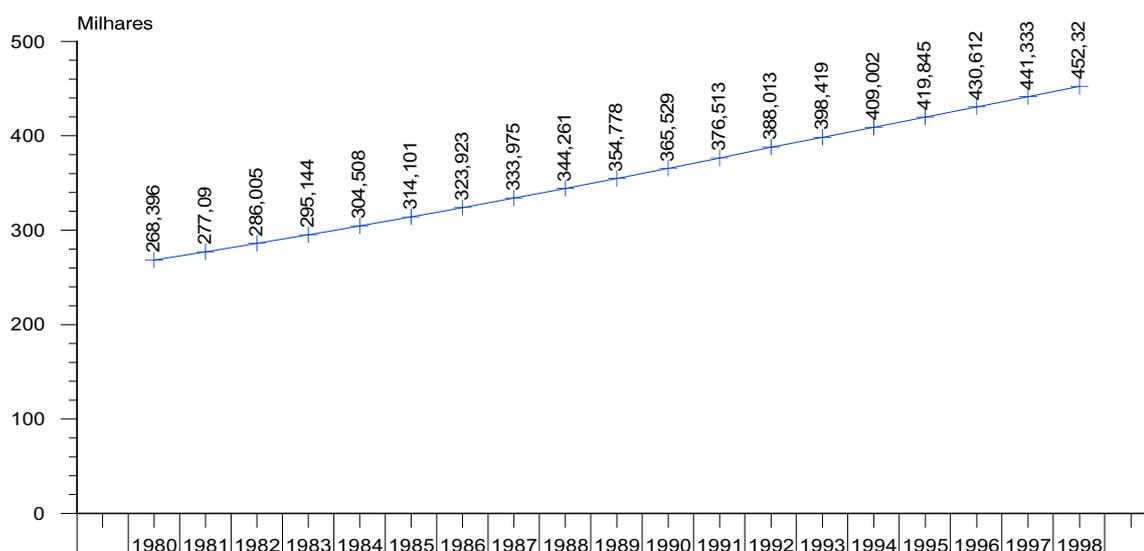
O mapa ao lado faz um recorte da região em que Sorocaba está situada; possibilitando dimensioná-la com relação à posição na região em que está inserida. O mapa menor, localizado no canto inferior, possibilita a localização espacial da região no Estado de São Paulo

Atualmente Sorocaba possui uma área da unidade territorial de aproximadamente 449 km<sup>2</sup><sup>18</sup>. Possui cerca de 550 milhões de habitantes, distribuídos em aproximadamente 150.250 domicílios. Destes, segundo o Censo de 2000, 98% encontra-se localizado na área urbana e 2% localizado na área rural (que diminui dia-a-dia), onde se constata que Sorocaba tem um perfil eminentemente urbano.

Outra característica da cidade é com relação ao gênero, onde há a predominância do sexo feminino (51%), porém a comparação ao sexo masculino é pequena (49%), mas são dados significativos na construção de políticas públicas.

Porém, com o índice da evolução populacional, verificamos um crescimento nas últimas décadas, conforme gráfico abaixo – período de 1980 a 1998:

Ev olucao da populacao



Fonte: Fundacao SEADE

<sup>18</sup> Fonte IBGE – sinopse preliminar do Censo Demográfico do ano de 2000.

Um dos grandes fatores que contribuíram para o crescimento populacional está associado principalmente ao desenvolvimento econômico e social. Nestes últimos anos, Sorocaba aumentou sensivelmente a quantidade de indústrias (atualmente conta com cerca de 1600 indústrias), shoppings, hipermercados, lojas, universidades, entre outros – responsáveis por gerar empregos, renda e conseqüentemente referência às pessoas que aqui se instalam, muitas vezes, em busca de outras perspectivas e alternativas de vida – quando estas não mais existem em suas cidades de origem. Mas, como toda cidade, não foi sempre assim...

Sorocaba foi fundada em 1964, por Baltazar Fernandes que se mudou para a região com a família e escravos fundando o povoado ao qual deu o nome de Sorocaba, que na linguagem Tupi-Guarani significava “Terra Rasgada”.

Nessa trajetória histórica, verificamos que sua posição estratégica tornou propício o desenvolvimento do eixo econômico entre o Norte, o Nordeste e o Sul – com o ciclo dos tropeiros, possibilitando as feiras de muares<sup>19</sup>. O grande fluxo de pessoas e de dinheiro propiciou o incremento do comércio e da indústria caseira baseada na confecção de facas, redes, doces e objetos em couro.

Amedrontados com o surto de Febre Amarela, atrelados a outros fatores com interesses econômicos, vem o declínio das feiras possibilitando o desenvolvimento de outros ciclos que contribuíram para o desenvolvimento da cidade, principalmente com a criação da Estrada de Ferro Sorocabana, que possibilitou a inserção de novos ciclos, como exemplo, as indústrias têxteis, que dentre outros fatores, contribuíram para que a cidade fosse conhecida como a “Manchester Paulista<sup>20</sup>”.

A política instaurada no período de Vargas teve reflexo na cidade, onde as câmaras foram fechadas e extintos os mandatos dos prefeitos e dos vereadores, o que possibilitava um controle por parte do governo. Voltando em 1948 a ser eleito por voto popular, o primeiro prefeito.

O declínio da indústria têxtil possibilitou novos caminhos à cidade e a diversificação das indústrias, especialmente metalúrgicas – incentivadas por uma política desenvolvimentista em âmbito nacional. As indústrias contribuíram para o avanço no setor do comércio, bem como o crescimento da cidade e o

---

<sup>19</sup> A Feira de Muares foi desencadeada com o fluxo do Tropeirismo, que concentrava brasileiro de todo o Estado para comprar e vender animais. “a vila começa a ser reconhecida pelas feiras anuais que duraram 131 anos (1766-1897) com seu auge por volta de 1850. A feira será responsável pela elevação de Sorocaba à categoria de cidade em 1842”. (SILVA, 2000: 25).

<sup>20</sup> Nome apelidado à cidade em 1904, numa alusão à cidade têxtil inglesa de mesmo nome.

desenvolvimento de sua infra-estrutura. Seu crescimento se deu principalmente ao redor da zona industrial, nas zonas oeste e norte – onde atualmente percebemos o crescimento baseado predominantemente em loteamentos populares e com baixa renda.

No período ditatorial houve um incentivo à vinda de novas indústrias, juntamente com a criação, no ano de 1973, de um Distrito Industrial na cidade aumentando seu contingente populacional. Para evitar problemas futuros, visto o pólo industrial sediar-se um pouco distante do centro da cidade (naquela época), foi deslocado próximo a este pólo industrial o novo prédio da Prefeitura Municipal de Sorocaba<sup>21</sup>.

Desde então, a Prefeitura veio em um crescente considerável quanto ao número de funcionários, não com a mesma velocidade que o ritmo da cidade exigia. As conseqüências diretas desse percurso em ritmos diferentes são atendimentos e serviços que nem sempre ‘dão conta’ das necessidades dos munícipes.

Com a Constituição de 1988 delibera-se uma lei orgânica própria ao município, o que possibilita o reconhecimento dos municípios como entes federativos, isso confere às câmaras municipais o papel de “constituintes municipais”, o que implica na tomada de decisões descentralizadas frente às necessidades apresentadas pelo município.

Ao mesmo tempo, com as eleições municipais em 1989, assume como prefeito eleito o engenheiro Antonio Carlos Pannuzio que dentre muitas obras civis que deram visibilidade na cidade, também estabeleceu um concurso público para o ingresso na Prefeitura. Outro aspecto importante, neste período, foi a criação da Secretaria da Saúde – que posteriormente estaremos enfatizando.

Nesta época assumiu como presidente eleito Fernando Collor de Melo, com ele as políticas neoliberais tomaram consistência e diante dos rumos das sociedades contemporâneas tais políticas atingiram proporções nunca imagináveis gerando uma competição acirrada entre as empresas (objetivando diminuir custos atrelados ao menor tempo). A conseqüência direta deste modelo é a precarização e casualização do trabalho, aumentando o desemprego na cidade, população considerada pelo mercado como desqualificada – embora muitos tenham condições físicas para o

---

<sup>21</sup> Neste período a Saúde compreendia um setor ligado à Secretaria da Educação, enquanto uma divisão ligada a esta Secretaria – conforme veremos no próximo item desse capítulo.

trabalho, não encontram oportunidades, denominadas por Castel (2005) como “sobrantes”.

Sorocaba, seguindo a grande tendência nacional, não tem em seu processo histórico uma considerada ênfase na área da educação, muito pelo contrário, percebemos com a industrialização uma preocupação à necessidade de mão-de-obra, o que repercutiu no baixo nível de formação e de qualificação de sua população – contrariando as demandas de mercado.

O crescente desemprego na cidade, repercutindo no empobrecimento das pessoas e por decorrência das famílias (que recorrem as mais variadas formas de sobrevivência). Alguns efeitos dessa pauperização são o crescimento populacional considerável e desordenado, a precarização das políticas públicas e de alguns serviços contribuindo para o inchaço nas periferias e a falta de infra-estrutura expressa, sobretudo, inabitabilidade e insalubridade dos domicílios e das famílias de baixa renda.

Consideramos que a saúde, normalmente, expressa a realidade de uma população e em decorrência dessas questões apresentadas acima verificamos um aumento crescente na demanda por esses serviços, o que nos traz à tona a necessidade no próximo item de mapear a estrutura organizacional dos serviços de saúde.

## **2 – Estrutura Organizacional de Saúde de Sorocaba**

Fazendo um recorte para a área da saúde, Sorocaba compreende a Direção Regional de Saúde XXIII (DIR XXIII), composta por 47 municípios, habilitada na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, desde 1998 pela NOB SUS 96 (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996). Com exceção do Complexo Hospitalar de Sorocaba que está sob gestão e gerência estadual, todos os outros serviços vinculados ao SUS estão sob coordenação do gestor municipal.

Conforme define o Plano Municipal da Saúde elaborado em 2001, “...a rede ambulatorial do SUS é formada em grande parte (72%) pela rede ambulatorial pública municipal, principalmente através de suas unidades básicas de saúde. Na atenção hospitalar, ao contrário, 90% dos prestadores do SUS de Sorocaba são do

setor privado filantrópico e contratado...”. Após 7 anos de elaboração do Plano Municipal o que podemos mencionar, enquanto alteração, foi a municipalização de uma parte do Hospital Leonor, que era de gestão do Estado.

A Secretaria da Saúde (SES) foi criada em 28 de dezembro de 1982 (criada pela lei Municipal nº. 2.184) e integrada então à chamada Secretaria de Promoção Social, que até então ambas compunham uma divisão da Secretaria de Educação.

Posterior à Constituição (que define a Saúde enquanto parte do tripé da Seguridade Social) torna-se pertinente em 27 de outubro 1989, mediante ampliação dos serviços e das necessidades apresentadas naquela conjuntura, a separação das duas secretarias – com a lei nº 3.134/89 – criando a Secretaria de Habitação e Promoção Social (SEHPS) e Secretaria da Saúde (SES)<sup>22</sup>.

Segundo esta lei, além das atribuições genéricas que competem às demais secretarias, tais como planejar, executar e fiscalizar as atividades (em específico à saúde) referentes à saúde pública do município, em julho de 1997, com a lei municipal nº. 5.394 estabeleceu também como competência da Secretaria Municipal de Saúde “o desenvolvimento e o aprimoramento dos serviços prestados à população, atuando diretamente junto à comunidade para reduzir a necessidade de assistência através de ações em saúde preventiva.” (Plano Municipal de Saúde, 2001).

Com isso, grande parte dos Programas de saúde de competência do Estado foi municipalizado, o que necessitaria um contingente maior de recursos humanos e com isso, alguns funcionários estaduais foram municipalizados. Dados constam que no ano de 2000 a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba possuía cerca de 1500 funcionários atuando nos seus mais variados serviços – sendo 92% constituído por servidores públicos municipais e 8% de servidores municipalizados: Estaduais e Federais.

Durante esse período a Secretaria da Saúde foi ampliando sua abrangência frente às ações realizadas, visando acompanhar as necessidades apresentadas e postas por esses novos sujeitos, principalmente através dos espaços criados constitucionalmente e regulamentados por leis através dos Conselhos da Saúde e

---

<sup>22</sup> Conforme dados colhidos no decorrer deste estudo, o médico e ex-secretario da Saúde do período de 1989, quando houve a separação da Secretaria da Saúde com a Secretaria de Habitação e Promoção Social, enfatizou que não se tinha a clareza das possibilidades advindas com a promulgação da Constituição de 1988 acerca do SUS, mas salienta que implicava questões de ordem política e econômica.

também com as Conferências, entre outros. Visando definir Planos e Metas de ações à saúde é que a Secretaria viu a necessidade de ampliar seu quadro de necessidade dos serviços apresentados. Desta forma a Secretaria fez uso de contratações temporárias, o que demonstrou ser problemático em alguns casos. Diante disso e outras questões de ordem política foi necessária a abertura de um concurso público específico para a área da saúde – no ano de 2001.

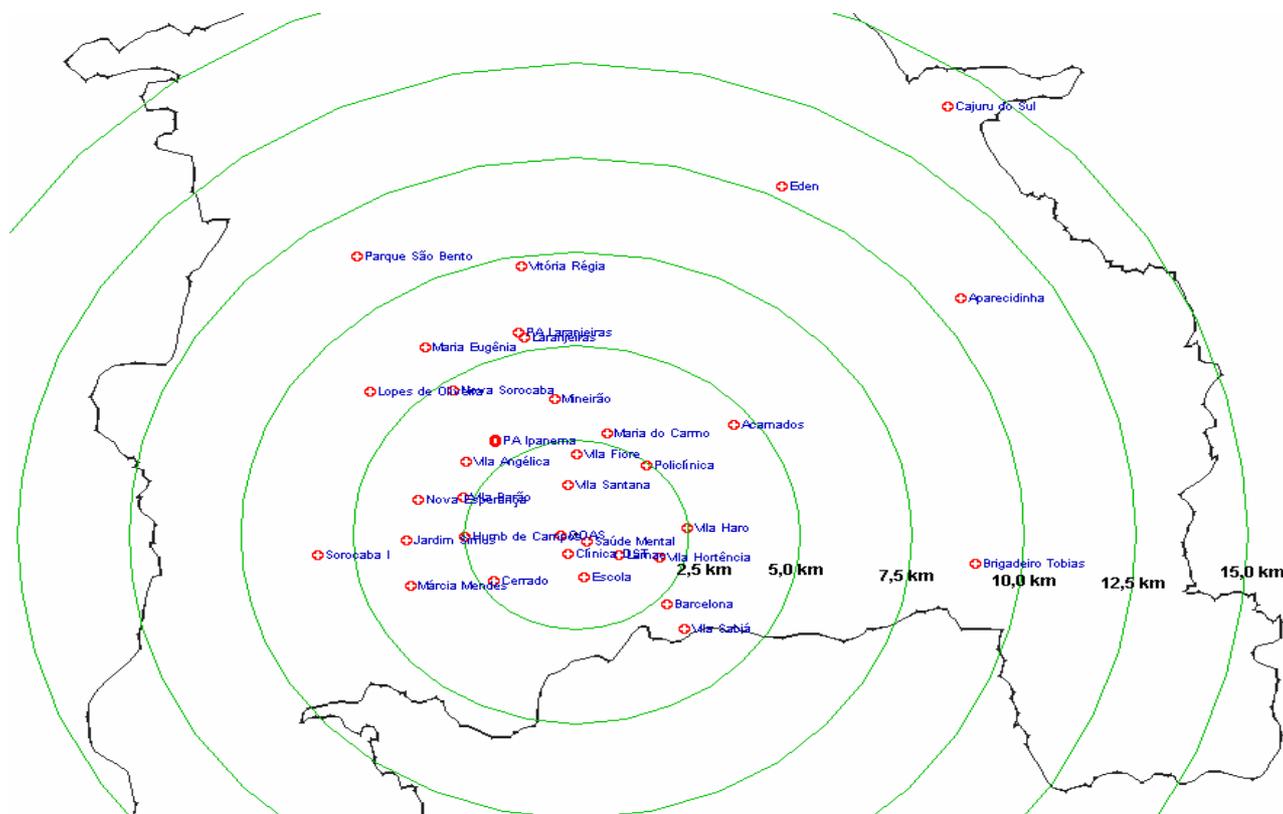
No ano de 2005, com a entrada no novo Prefeito, Dr. Vitor Lippi (médico dermatologista e especialista em Saúde Pública), que na gestão anterior era o Secretário da Saúde, foi recentemente aprovado o organograma da secretaria, com algumas alterações e regulamentações de cargos e chefias.

O sistema de saúde gerenciado pela Secretaria Municipal é composto por instituições que executam atividades nas áreas ambulatoriais e hospitalares – em todos os níveis de complexidade e, também, ações da competência exclusiva do poder público, como as de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Prevenção e Controle de Zoonoses, Avaliação e Auditorias. A cidade conta também com um laboratório Municipal, para o qual é enviada grande parte dos exames realizados nos Centros de Saúde, divulgando posteriormente o resultado on-line. Para evitar o acúmulo de exames que iam ao LAMAC (Laboratório Municipal), sem que este pudesse atender à demanda toda, a cidade conta com alguns laboratórios particulares que são conveniados com o SUS.

## **2.1 – Centros de Saúde**

No que diz respeito à atenção primária, o atendimento exige recursos bastante simples. Sorocaba conta com 27 Centros de Saúde que realizam o atendimento ambulatorial básico. Caracteriza-se por atendimento eminentemente programático, mas alguns casos agudos de simples resolução são atendidos independentes do agendamento. “... a função principal do Centro de Saúde é a Promoção da saúde e a prevenção de doenças ou na presença destas, diminuição das complicações e internações hospitalares, com ações preventivas e curativas, através da inclusão nos Programas existentes,...” (Plano Municipal de Saúde, 1998) como: Programa de atenção à Saúde da criança, Programa de atenção Integral a Saúde da Mulher, Programa de atenção a Saúde do Adulto e Programa de Saúde Bucal; também desenvolvem-se atividades assistenciais com atendimentos médicos, de enfermagem e diagnóstico para Hanseníase, Tuberculose e Dst-aids.

O mapa a seguir apresenta a disposição das Unidades de Saúde – Raios verdes a cada 2,5 km – partindo do centro da cidade:



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, 2000

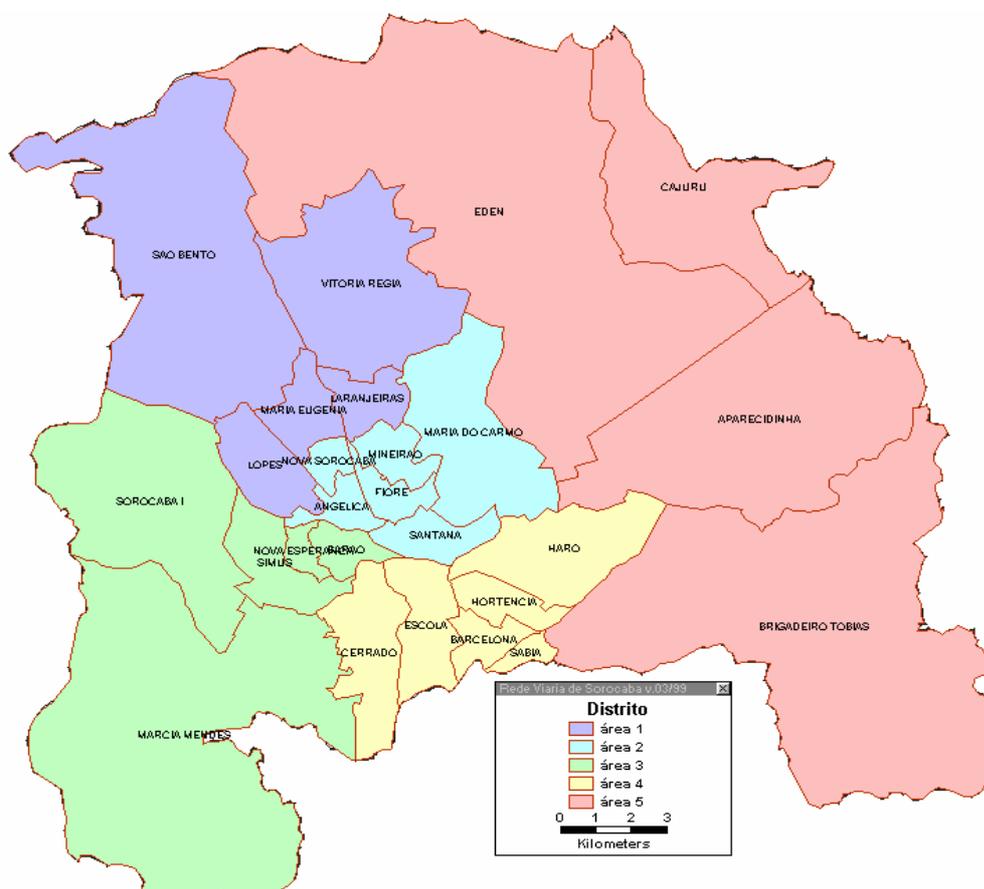
Percebemos neste mapa apresentado acima, que grande parte das unidades básicas de Saúde se concentra na proximidade do Centro da cidade – o que prejudica a população que reside em regiões mais afastadas ou em regiões rurais – gerando um grande contingente de pessoas nos centros de saúde que pertencem a estas regiões.

Nas unidades que compreendem os raios de 2,5km, percebemos no cotidiano, devido à proximidade destas unidades Básicas, que a população fica um pouco “perdida”, para saber a qual o Centro de Saúde pertence e qual sua área de abrangência. Cada Centro de Saúde é responsável por uma área de abrangência que foi delimitada segundo facilidade de acesso da população (Plano Municipal de Saúde de Sorocaba, 2001).

Para melhor organização e gerenciamento dos serviços de saúde, o município agrupou as unidades básicas de saúde em 5 regiões, sendo que é a partir destas que decorrem as atenções e supervisões para o equacionamento das problemáticas

surgidas – área 1, 2, 3, 4 e 5, conforme mapa a seguir correspondente à distribuição espacial dos Centros de Saúde com delimitação das áreas de abrangências e suas regiões administrativas.

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, 2000.



A área 1, distante do centro da cidade, assinala unidades voltadas para grande população que utiliza o SUS. Nos últimos anos houve uma grande migração para esta região, advindo do processo de pauperização e também por uma política do município na gestão anterior, que deslocava as pessoas que residiam em locais considerados de risco para esta área da cidade.

Como decorrência deste processo, verifica-se nesta região um crescimento desordenado e uma demanda no Centro de Saúde que ultrapassam os limites de sua possibilidade de atendimentos. Esta área conta com duas unidades que possuem o Programa Saúde da Família, Vitória Régia e Habiteto, onde todos os funcionários (médicos, enfermeiros, agentes de saúde, auxiliares de enfermagem) – exceto a coordenação da unidade – são terceirizados através da parceria com uma

organização não governamental da cidade (Serviços de Obra Social – S.O.S.); enfrentando, com isso uma troca constante de funcionários.

Em uma das unidades (Laranjeiras) funciona o Centro de Saúde juntamente com o Pronto Atendimento, conhecida como unidade mista, o que dificulta a atuação dos funcionários na atenção à população.

A tabela abaixo demonstra o número de habitantes nesta região, bem como a população SUS dependente – registrado pela Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2002. Algumas Unidades como Habiteto, Vitória Régia e Lopes de Oliveira, têm sua população quase que completa utilizando o atendimento SUS.

**Área 1:** É formada pelas áreas de abrangência das Unidades, conforme a tabela a seguir:

Unidade	População total 2002	População SUS dependente	% SUS dependente	TX Cresc 2000-2002	% Homens	% Mulheres
HABITETO	4.873	4.873	100,0%	7,1%	49,6%	50,4%
LARANJEIRAS	35.239	28.084	79,7%	6,9%	50,5%	49,5%
LOPES	25.972	22.578	86,9%	6,8%	49,9%	50,1%
MARIA EUGÊNIA	20.256	14.036	69,3%	7,5%	49,9%	50,1%
MINEIRAO	23.756	17.966	75,6%	6,5%	50,6%	49,4%
SAO BENTO	16.888	13.651	80,8%	7,0%	50,4%	49,6%
VITÓRIA RÉGIA	27.015	21.933	84,1%	7,1%	49,6%	50,4%
<b>Total</b>	153.999	123.121	82,34%	6,99%	50,07%	49,93%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, 2002.

Na área 2, as unidades são utilizadas por uma população mais adulta e idosa, sendo consideradas as áreas mais antigas, com uma proximidade maior da região central da cidade e com uma infra-estrutura melhor – tendo um dos menores índices de população dependente do SUS. Embora a Secretaria Municipal da Saúde do Município tenha claro a quantidade e a idade da população que dependem destas unidades básicas, não verifica nenhuma alteração no que se refere à gestão deste centro de saúde – como por exemplo, um médico especialista em geriatria.

**Área 2:** É formada pelas áreas de abrangência das Unidades:

Unidade	População total 2002	População SUS dependente	% SUS dependente	TX Cresc 2000-2002	% Homens	% Mulheres
ANGÉLICA	12.968	9.494	73,2%	6,4%	48,4%	51,6%
IORE	17.178	12.237	71,2%	6,5%	48,6%	51,4%
M <sup>a</sup> do CARMO	29.135	16.389	56,3%	6,6%	48,8%	51,2%
NOVA SOROCABA	12.568	9.699	77,2%	6,5%	49,4%	50,6%
SANTANA	22.279	11.638	52,2%	6,4%	46,4%	53,6%
<b>Total</b>	81.160	49.963	51,38%	5,20%	38,64%	41,36%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, 2002.

A área 3 também se caracteriza por bairros de fácil acesso (pela proximidade) da região central, mas com unidades de população mais carente e com alto índice de usuários de drogas, e outras unidades com uma grande população demandante, sendo a primeira área de abrangência da cidade com iniciativa de implantação do “acolhimento”.

**Área 3:** É formada pelas áreas de abrangência das Unidades:

Unidade	População total 2002	População SUS dependente	% SUS dependente	TX Cresc 2000-2002	% Homens	% Mulheres
BARÃO	15.187	11.439	75,3%	6,4%	49,1%	50,9%
MARCIA MENDES	38.083	26.420	69,4%	6,6%	49,4%	50,6%
NOVA ESPERANÇA	11.885	10.326	86,9%	6,5%	51,1%	48,9%
SIMUS	24.369	16.478	67,6%	6,6%	48,9%	51,1%
SOROCABA I	29.800	22.273	74,7%	7,1%	49,6%	50,4%
<b>Total</b>	119.324	86.936	74,78%	6,64%	49,62%	50,38%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, 2002.

A área 4 conta com grandes disparidades: no que refere-se à proximidade com o Centro da cidade e por consequência a proximidade aos hospitais da cidade e toda a rede laboratorial particular, municipal e estadual; e também por desigualdades sociais – com bairros que se caracterizam por uma população com nível sócio-econômico acima da média das demais regiões da cidade em contrapartida a bairro carentes economicamente.

A unidade localizada no bairro Sabiá abrange uma característica diferenciada desta área, com uma população mais pauperizada (evidenciada pelo alto percentual de população SUS dependente) que reside em bairros que se instalaram em regiões de morros da cidade, nas proximidades da Rodovia Raposo Tavares – nesta área

corta a cidade. A unidade do Centro de Saúde Vila Sabiá conta com três equipes do Programa Médico da Família, com a predominância de funcionários terceirizados.

**Área 4:** É formada pelas áreas de abrangência das Unidades:

Unidade	População total 2002	População SUS dependente	% SUS dependente	TX Cresc 2000-2002	% Homens	% Mulheres
BARCELONA	16.033	11.162	69,6%	6,4%	48,8%	51,2%
CERRADO	31.018	19.913	64,2%	6,5%	47,0%	53,0%
ESCOLA	17.724	9.473	53,4%	6,3%	45,3%	54,7%
HARO	24.115	12.931	53,6%	6,7%	47,3%	52,7%
HORTÊNCIA	19.357	13.095	67,6%	6,3%	47,0%	53,0%
SABIÁ	7.590	6.399	84,3%	6,3%	50,4%	49,6%
<b>Total</b>	115.837	72.973	65,45%	6,42%	47,63%	52,37%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, 2002.

A última área composta por esta subdivisão é a 5. Nesta área se encontram duas unidades mistas – Éden e Brigadeiro Tobias, que durante o dia (7h às 9h, de segunda à sexta) funcionam como Centro de Saúde e durante a noite e nos finais de semana funcionam como Pronto Atendimento; segundo a Secretaria da Saúde, a necessidade destas unidades com características mistas (Centro de Saúde + Pronto Atendimento) se dá por ser uma região distante dos hospitais da cidade e também por ser uma área de grande concentração da população rural de Sorocaba.

No bairro do Aparecidinha existe equipe do Programa Médico da Família (também terceirizados) que atende a população rural e urbana. Estes bairros se caracterizam também pela proximidade com outros municípios, o que leva muitas vezes a atendimentos de populações oriundas destes municípios vizinhos. Pela proximidade com as rodovias, contribui para um alto índice de prostituição, embora com este número apresentado – com reconhecimento da Secretaria da Saúde, nesta região não há presença de nenhum trabalho específico sobre DST/Aids (nem por parte dos serviços públicos municipais nem por parte das organizações não-governamentais).

**Área 5:** É formada pelas áreas de abrangência das Unidades:

Unidade	População total 2002	População SUS dependente	% SUS dependente	TX Cresc 2000-2002	% Homens	% Mulheres
APARECIDINHA	8.422	6.737	80,0%	8,4%	60,3%	39,7%
BRIGADEIRO TOBIAS	12.110	10.435	86,2%	6,5%	50,6%	49,4%
CAJURU	7.043	5.062	71,9%	7,1%	51,2%	48,8%
ÉDEN	16.840	12.903	76,6%	6,4%	50,9%	49,1%
<b>Total</b>	44.415	35.137	78,68%	7,10%	53,25%	46,75%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, 2002.

Frente à apresentação dos Centros de Saúde e das tabelas fornecidas pela Secretaria da Saúde, denota-se que as Unidades Básicas, embora com grandes avanços e com uma estrutura diferenciada (ao comparada com outras cidades da região), ainda se caracterizam por Programas vindos do Ministério e com ações programáticas unificadas.

Mesmo após a separação das as unidades por regiões administrativas, e segundo o Plano Municipal para facilitar o gerenciamento e organização, segundo características comuns às Unidades, a percepção que temos é que muitas vezes são desenvolvidas ações como se fossem “pacotes fechados”, nos quais nada pode ser feito – exceto algumas iniciativas superficiais que por vezes ocorrem, estimuladas pelos próprios coordenadores da unidade, mas sem muito apoio da Secretaria.

## 2.2 – Prontos Atendimentos

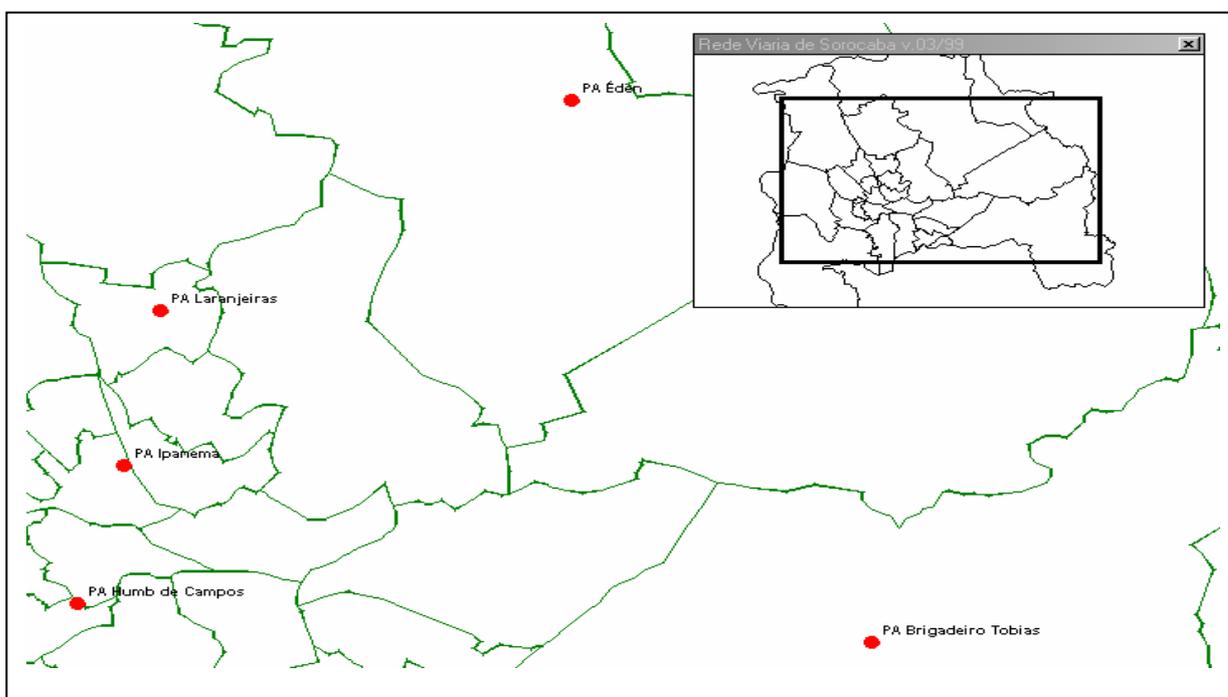
O Município conta com duas unidades que funcionam exclusivamente como Pronto Atendimento: P. A. Laranjeiras e P. A. Humberto de Campos – 24 horas por dia – com dois Prontos Atendimentos que funcionam como unidade mista com os Centros de Saúde.

Tal serviço se destina ao atendimento de urgência e emergência, prestando serviços menos complexos e frente à realidade apresentada, onde se verifica se há necessidade de encaminhamento a um Pronto Socorro, ou então, se a resolutividade pode ser feita no próprio serviço. Um problema enfrentado por estas unidades é o transporte, porque muitos deles contam apenas com um automóvel e

sem muita segurança. A Central de Ambulâncias, que atende a toda a cidade, localiza-se na Unidade Pré-Hospitalar da Zona Norte.

O mapa a seguir demonstra a distribuição espacial das unidades de Prontos Atendimentos existentes na cidade, porém percebemos uma grande concentração destas unidades nas regiões mais próximas do Centro da cidade, deixando desprovidos os locais mais afastados. Embora o Pronto Atendimento do Éden seja o único que se destaca por se afastar das regiões centrais, é um local de difícil acesso aos bairros que se localizam em sua proximidade, como Aparecidinha, Vitória Régia e São Bento – sendo melhor, por vezes, recorrer à Unidade Pré-Hospitalar da Zona Norte ou aos Prontos Socorros.

### Distribuição das Unidades de Pronto Atendimento



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, 2002.

### 2.3 – Unidade Pré-Hospitalar da Zona Norte

Esta unidade foi Inaugurada no ano de 2002, com uma capacidade de resolução maior que os Prontos Atendimentos, servindo para internações de curta permanência, caracterizam-se pela resolução de casos que não necessitem da complexidade hospitalar.

Localizada na região mais carente da cidade (zona norte), em uma confluência de avenidas de fácil acesso, que cortam a região norte da cidade nos

bairros em que se localizam as populações financeiramente mais desprovidas. Estas avenidas ligam Sorocaba às cidades como Porto Feliz, Iperó etc, o devido à localização da unidade, acaba atendendo pessoa destas cidades vizinhas – mesmo sendo destinada à população específica de Sorocaba.

## 2.4 – Rede Hospitalar

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2001), Sorocaba possui 11 hospitais vinculados ao SUS e 3 hospitais sem vínculo algum com o Sistema Único. Os cadastrados no SIH/SUS representam quase 1,5% sobre o total do Estado. Aproximadamente 45% destes estabelecimentos são privados com fins lucrativos e 45% privados sem fins lucrativos (filantrópicos). Apenas uma entidade (o que corresponde a 9,09% do total de entidades), cadastrada como universitária, possui entre seus componentes dois hospitais públicos do Estado: o Hospital Regional de Sorocaba e o Hospital Leonor Mendes de Barros.

Dentre estes Hospitais, destacam-se os Hospitais que atendem a população psiquiátrica (Teixeira Lima, Vera Cruz e Insanos Jardim das Acácias); o Hospital que atende o público específico de Câncer Infantil (G.E.P.A.C.I.); o Hospital Oftalmológico que atende pessoas de todo o Brasil; e o INCOR.

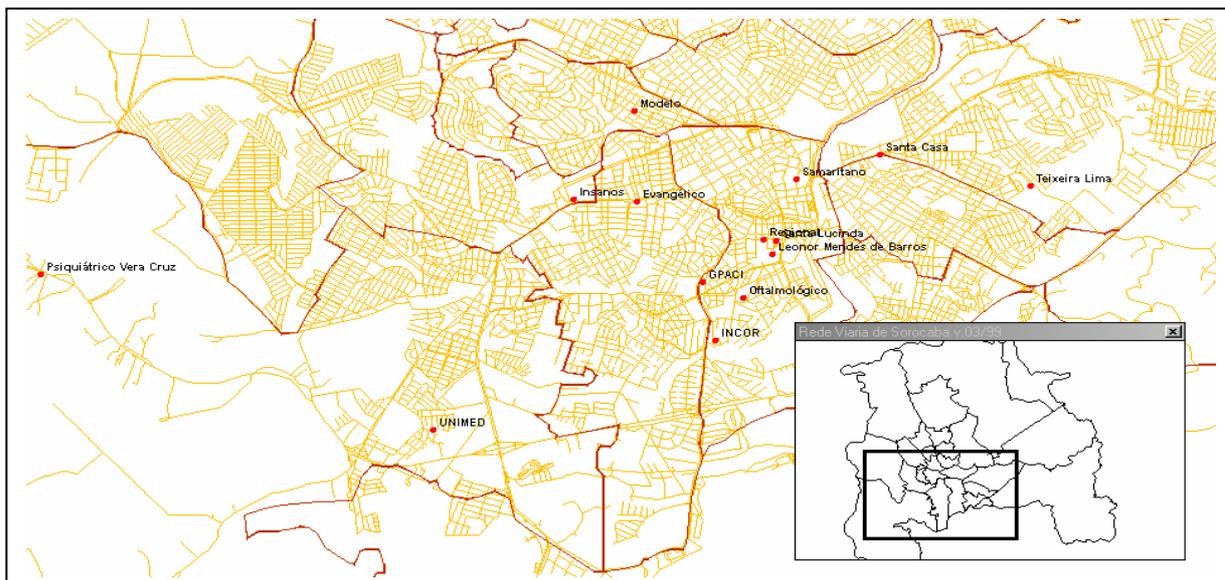
Hoje em dia, dois destes hospitais públicos possuem Prontos Socorros – Hospital Regional<sup>23</sup> e a Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba<sup>24</sup>. O primeiro, de gestão da Secretaria do Estado, atende Sorocaba e os demais municípios da região; já o segundo, de gestão Municipal, atende preferencialmente à população de Sorocaba. Ambos são unidades especializadas e funcionam como porta de entrada

<sup>23</sup> O Serviço Social no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) existe há aproximadamente 30 anos. Atualmente conta com 7 profissionais que têm suas ações direcionadas a setores específicos: 2 assistentes sociais no Plantão da Unidade de Emergência; 1 Chefia do Setor que mantém rotinas administrativas; 1 assistente social na Enfermaria de Maternidade/ Berçário/ Centro Obstétrico; 1 assistente social na Enfermaria Pediátrica/ UTI-Infantil; 1 no Ambulatório Geral e 1 assistente social no Ambulatório de Moléstias Infecciosas e Enfermaria de Moléstias Infecciosas. Segundo apresentação feita pelos assistentes sociais do CHS, em palestra ministrada no próprio Hospital, relatam que o Serviço Social tem por objetivos “... atender o paciente internado ou ambulatorial e/ou familiares, quando apresentam alguma dificuldade para o tratamento. No conjunto Hospitalar o Serviço Social atende com o objetivo de **conhecer e analisar as dificuldades apresentadas pelos pacientes e/ou familiares, propondo alternativas que facilitem a continuidade do tratamento**” (palestra ministrada ver como faz citação).

<sup>24</sup> A Santa Casa tem cerca de 200 anos (com funcionamento ininterrupto). Conta com cerca de 320 leitos, 1 Centro Cirúrgico com 10 salas e seu Pronto-Socorro é mantido em convênio com a Prefeitura de Sorocaba que possibilita o atendimento da população SUS. Com mais de 1100 funcionários (médicos, assistentes sociais, administrativos entre outros). Atualmente a assistente social (recém contratada) está sozinha em seus atendimentos na área social, visto as duas profissionais que lá estavam anteriormente, por motivos diversos, solicitaram a demissão.

das urgências e emergências, dando retaguarda a outras unidades, em casos de maior gravidade e quando há risco de vida.

O mapa abaixo demonstra a localização espacial dos Hospitais na cidade de Sorocaba:



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de Sorocaba, 2002.

## 2.5 – Ambulatório de Saúde Mental

O ambulatório de saúde Mental, gestão municipal de 1996, se caracteriza pelo atendimento ambulatorial a pacientes SUS com deficiências mentais e/ou cognitivas, bem como pelo atendimento a dependentes de álcool.

Conta com uma equipe multiprofissional (assistente social, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos, auxiliar de enfermagem e auxiliar administrativo), que desenvolve atendimentos ambulatoriais e orientações a pacientes e seus familiares, assim como realiza supervisões nos hospitais psiquiátricos da cidade.

## 2.6 – Centro de Apoio Sorológico (COAS)

Implantado em 1993, como parte do Programa Municipal de DST/AIDS, através de um convênio entre a Prefeitura e o Ministério da Saúde, o Centro de Apoio Sorológico é responsável por ações educativas na área de prevenção e atendimento para disponibilização da testagem anti-HIV. É neste mesmo espaço físico que se concentra a Gerência tecno-administrativa do Programa Municipal de

HIV/Aids que, além de coordenar o Programa e seu funcionamento, realiza supervisões a organizações não governamentais frente aos projetos executados com verbas advindas da Secretaria do Estado e do Ministério da Saúde.

## **2.7 – Clínica de DST/AIDS**

A clínica de doenças sexualmente transmissíveis e aids (DST/Aids) está em funcionamento desde 19/06/1995 e atende pacientes soropositivos e também realiza assistência a pacientes com outras doenças sexualmente transmissíveis – realizado em caráter ambulatorial. Possui uma equipe multiprofissional, conforme cita Vicentino:

O COAS e a Clínica Municipal fazem parte da estrutura do Programa com o mesmo gerenciamento, mas possuindo equipes técnicas diferenciadas. A gerência administrativa do Programa encontra-se instalada no COAS e possui uma equipe formada por 01 enfermeira (Coordenadora do Programa) e 02 assistentes administrativos. O COAS conta com 02 enfermeiras, sendo 01 coordenadora, 02 médicas, 02 psicólogos, 01 assistente social, 02 auxiliares de enfermagem, 01 recepcionista e 01 motorista. (...) A Clínica possui três modalidades de atendimento: ambulatorial; leito-dia e ADT (Assistência Domiciliar Terapêutica) Tais atendimentos são realizados por uma equipe composta por 07 médicos, sendo um coordenador da Unidade, 02 enfermeiros, 01 psiquiatra, 02 dentistas, 02 assistentes sociais, 01 psicólogo, 01 farmacêutica, 07 auxiliares de enfermagem, 01 auxiliar de consultório dentário, 01 assistente administrativo, 01 estagiária de informática e 01 motorista. (VICENTINO, 2005: 33)<sup>25</sup>.

## **2.8 – Policlínica de Especialidades**

Implantada em 1998, de gestão municipal, realiza atendimentos apenas aos munícipes de Sorocaba – hoje conta com aproximadamente 380 mil pessoas cadastradas. Compõe o setor secundário do SUS, caracterizado pelo atendimento ambulatorial às especialidades – encaminhadas pelas unidades básicas e também das próprias especialidades internas.

A unidade além dos atendimentos ambulatoriais com especialidades, também concentra os Programas da Saúde como o Planejamento Familiar, o Programa de Controle da Tuberculose e da Hanseníase (esses dois atendem pacientes

---

<sup>25</sup> Para maiores informações sobre o Programa de DST/AIDS e as ações realizadas nestes espaços verificar Vicentino (2005) Op. Cita. Nessa dissertação a autora aborda brilhantemente sobre o desafio da maternidade em mulheres sabidamente positiva, a vivência destas gestantes no Município de Sorocaba. Para a realização desta pesquisa a autora contextualiza o local, o programa e a assistência à saúde direcionada a estas sujeitas da pesquisa.

encaminhados também dos hospitais, dos prontos atendimentos e da unidade pré-hospitalar), Gestante de Risco etc.

Conta com os seguintes médicos especialistas: cardiologista, dermatologista endocrinologista, gastro-cirúrgico, hematologista, neurologista adulto e infantil, oftalmologista adulto e infantil, oncologista, ortopedista, otorrinolaringologista, pneumologista adulto e infantil, urologista, vascular etc. Conta ainda com os serviços de pequenas cirurgias, como plásticas e vasectomias, que não necessitem de internações. Em seu quadro possui também outros profissionais da saúde com nível superior como: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiologista, psicólogos e terapeuta ocupacional. E de nível médio: auxiliares de enfermagem e técnicos de RX. e pessoal de apoio como auxiliar administrativo e departamento pessoal.

No mesmo prédio da Policlínica encontra-se a Central de Agendamento que realiza toda a distribuição das vagas de especialidades de toda a rede SUS de Sorocaba para os Centros de Saúde. Como também as instalações do CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador).

## **2.9 – Atendimento Domiciliar ao Acamado**

Iniciado em 1999, o atendimento domiciliar ao acamado do Programa Médico da Família, é um serviço voltado ao atendimento às pessoas com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mas com a inacessibilidade condicionada por questões de saúde (biológica).

Acompanham pacientes estáveis que não necessitem de complexidade tecnológica hospitalar, realiza o atendimento individualizado através da promoção de ações de saúde, higiene, nutrição, visando minimizar os efeitos das doenças crônicas degenerativas ou neoplásicas e suas incapacidades.

Trabalha com uma equipe multiprofissional: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, médico fisiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional, além de auxiliares de enfermagem e administrativo.

### **3 – Unidades de Serviços Municipais de Saúde: perfil e demandas dirigidas aos assistentes sociais**

Como foi exposto, houve a expansão industrial de Sorocaba e, com isso, o aumento do contingente populacional exigindo da Prefeitura Municipal de Sorocaba a ampliação dos serviços a serem prestados

Em 1973 foi criado e implantado o Serviço Social na Prefeitura de Sorocaba, com a contratação de 3 assistentes sociais para trabalhar na Secretaria de Educação, especificamente na Divisão de Promoção Social.

Desde então, todos os demais assistentes sociais contratados pela Prefeitura Municipal de Sorocaba, em diversos momentos, não foram alocados na Secretaria da Saúde, revelando o entendimento oficial de que a ação profissional do assistente social era primordialmente no campo da promoção social: assistência social, habitação etc.

Vale ressaltar que apenas esporadicamente alguns assistentes sociais realizavam atendimentos a casos solicitados pela Secretaria da Saúde – através de, por exemplo, visitas domiciliares a pacientes faltosos.

A entrada dos assistentes sociais na Secretaria da Saúde da prefeitura Municipal de Sorocaba se deu com a primeira profissional deslocada da Secretaria Estadual de Saúde no ano de 1992 para atuar no Ambulatório de Saúde Mental Municipal, onde permaneceu até 1996, retornando a esta mesma unidade em 1999, após ser municipalizada.

Permanece até hoje, nesse serviço, desenvolvendo ações em projetos específicos: alcoolismo, orientação de grupo de pais e grupo de medicação – seu foco está centrado em trabalho de grupo.

A segunda assistente social na área da saúde foi deslocada da Secretaria de Habitação e direcionada ao Programa de DST/ AIDS, visto que em 1994, com a implantação do Programa Municipal de DST/ AIDS através de um convênio entre a Prefeitura e o Ministério, havia a necessidade de uma equipe mínima (dentre essa equipe o assistente social) para a implantação do ambulatório Especializado em DST/ AIDS – Clínica de DST/AIDS. Desde então, esse profissional vem desenvolvendo ações nesta unidade.

Portanto a Secretaria da Saúde contava com apenas 2 assistentes sociais, que atendiam em unidades de programas específicos: o Ambulatório de Saúde Mental e a Clínica de doenças sexualmente transmissíveis/ Aids. Tais profissionais atendiam apenas as demandas daqueles serviços.

Com a municipalização ocorrida no ano de 1997, o Programa da Tuberculose passava para a competência do município o que possibilitou a ida de uma médica, uma visitadora (que já trabalhava no Estado com a doença) e assistente social para desempenhar as ações junto aos usuários com a doença e seus familiares. Sendo assim, foi deslocada a terceira assistente social que era da Secretaria da Cidadania para compor a equipe. As instalações do Programa da Tuberculose ocorriam em dois locais: Vigilância Epidemiológica que abrangia toda parte de gerenciamento, como também as ações do assistente social e da visitadora social; e o chamado Centro de Referência (que hoje está desativado) onde ficavam os atendimentos ambulatoriais realizados pela médica. Posteriormente, no ano de 1999, o Programa foi re-aloado nas instalações da Policlínica Municipal (que estava na época em processo de implantação) e sua equipe mudou-se para esta unidade<sup>26</sup>. Porém, por questões pessoais este profissional solicitou seu retorno à Secretaria da Cidadania, não sendo substituído por nenhum outro profissional de Serviço Social.

Somente com o concurso público realizado em 2001, pela primeira vez em Sorocaba, as vagas solicitadas<sup>27</sup> para o cargo de Assistente Social foram especificamente para a saúde, reconhecendo assim a necessidade da atuação deste profissional no campo da saúde.

Com este concurso foram chamados no início de 2002 cinco assistentes sociais para as unidades de saúde, descritos abaixo. As atribuições e competências designadas a esses profissionais nestas Unidades de serviços de saúde são propostas contidas na súmula da descrição de cargos dos assistentes sociais da Secretaria da Cidadania, que não coadunam com a realidade que as unidades apresentam. No contexto das unidades de serviços de saúde, essas atribuições e competências vêm sendo adaptadas à realidade dos serviços.

---

<sup>26</sup> A assistente social quando iniciou suas atividades no Programa da Tuberculose nas instalações da Policlínica era eventualmente solicitada por outros Programas, como por exemplo Hanseníase, bem como por usuários da Policlínica (que ali compareciam para as consultas ambulatoriais).

<sup>27</sup> Nesse concurso foram solicitadas 10 vagas para o cargo de assistente social, mas foram convocados apenas 5 profissionais – todos para a área da saúde.

Na **Clínica de DST/ AIDS**, o assistente social alocado nesta unidade foi trabalhar com a assistente social que lá estava, através das ações já construídas por este profissional desde o período da implantação da Clínica e outras ações reformuladas cotidianamente.

Atualmente conta com esses dois profissionais que estão inseridos nas três modalidades assistenciais prestadas pela unidade: ambulatorial, leito-dia e assistência domiciliar. Estas ações se dão através dos projetos: Transmissão Vertical Zero; Atendimento Domiciliar Terapêutico; Credencial para Usuários Especiais e Reforço Nutricional (este último visa buscar alternativas para geração de renda).

No **Programa Atendimento Domiciliar ao Acamado**, vinculado ao Programa Saúde da Família, foram designados dois assistentes sociais. Anteriormente, o Programa contou já contava com dois assistentes sociais, que desenvolveram ações por um período de 18 meses – contrato por tempo determinado. Dos dois novos assistentes sociais concursados, apenas um permaneceu, quando, em 2005, foi contratado outro assistente social por processo de terceirização<sup>28</sup>.

Os dois assistentes sociais atuam no programa e desenvolvem atividades com usuários acamados e com seus cuidadores.

Na **Policlínica**, com o concurso público em 2001, vieram dois assistentes sociais. Destes, apenas um permaneceu. Para o Programa CEREST, que funciona dentro das instalações da Policlínica, mas não pertence a esta, foi contratado em 2002 um assistente social (atendimento específico do Programa). No ano de 2003, a Prefeitura Municipal de Sorocaba contratou dois assistentes sociais para a Policlínica, e posteriormente no ano de 2005, contratou-se mais dois profissionais.

Um destes profissionais, contratados no ano de 2005, foi alocado no Programa CEREST (em substituição ao assistente social contratado em 2002 que havia se demitido) e o outro alocado à Policlínica. Atualmente a unidade possui 5 assistentes sociais que atuam junto aos Programas: Hanseníase; Tuberculose; Planejamento Familiar; Recém Nascido de Risco; Bebê Saudável; Geração e o Plantão Social. Nestes, desenvolvem projetos de Geração de Renda, Cursos de

---

<sup>28</sup> Este processo de terceirização foi realizado através de uma parceria entre a Prefeitura e uma Organização Não Governamental da cidade – S.O.S. Albergue. Esta ONG ficou responsável pela contratação de todos os profissionais da área da saúde destinados ao Programa Médico da Família.

Capacitação aos usuários, Cuidando do Cuidador, Educação em Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Nestas quatro Unidades de serviços de saúde que possuem assistentes sociais, as demandas dirigidas a estes profissionais, tanto pelas equipes de saúde como pelos usuários são: convocação de familiares para comparecimento à unidade; declaração de comparecimento à unidade; solicitação de ambulâncias; encaminhamentos externos a recursos específicos da comunidade e recursos materiais (órgãos, próteses, medicamentos, meias, fraldas, cestas básicas, muletas etc); orientações a usuários sobre a Previdência Social; visitas domiciliares e atendimentos individualizados para orientações de casos novos ao tratamento e adesão dos usuários; convocação e busca ativa de faltosos; mediação de conflitos entre pacientes e familiares, bem como entre funcionários e pacientes; triagem sócio-econômica para fornecimento de benefícios e/ou realização de exames que a rede pública municipal não contempla; agendamentos de consultas e exames a outras cidades; agendamentos de consultas a especialidades, terapia etc; repassar aos pacientes que alguns benefícios e/ou exames não são concedidos, devendo se reportar à atenção particular e arcar com os custos; providências e orientações a documentos; credencial especial; resolução de “casos sociais” que a equipe deu alta etc.

Para melhor identificar os assistentes sociais sujeitos da pesquisa quantitativa, verificamos a necessidade de levantar o perfil (individual e coletivo), com todos os profissionais que atualmente compõe as unidades de serviços municipais de saúde, sujeitos da pesquisa quantitativa.

Inicialmente, apresentamos um quadro síntese do perfil de cada assistente social entrevistado na pesquisa quantitativa e, posteriormente realizamos, através de gráficos uma caracterização coletiva dos assistentes sociais que atuam nas Unidades de serviços municipais de saúde de Sorocaba/SP, tecendo comentários.

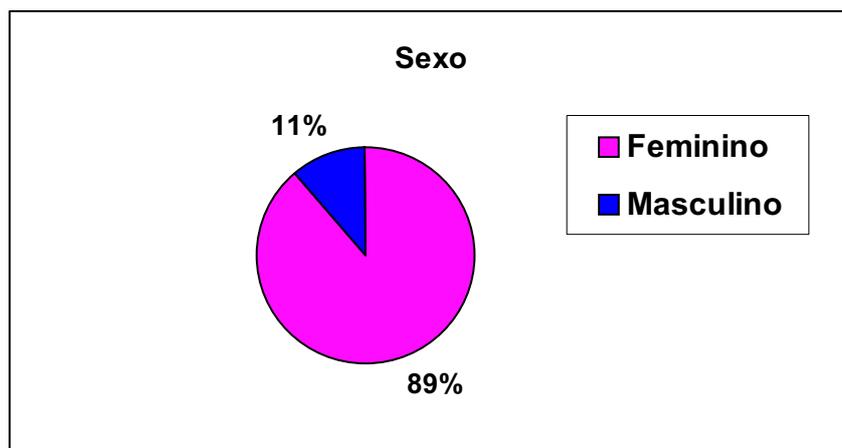
- **Perfil dos Assistentes Sociais que Atuam nas Unidades de serviços municipais de saúde de Sorocaba/SP**

<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Faculdade que cursou</b>	<b>Década da Conclusão de Curso</b>	<b>Tempo de Atuação na SES</b>	<b>Qualificação Profissional</b>
F*	Mais de 41 anos	Privada	Dec.de 1990	Mais de 6 anos	–
F*	Mais de 41 anos	Privada	Sem Informação	Menos de 03 anos	–
F*	Mais de 41 anos	Pública	Dec.de 1980	Mais de 6 anos	Mestrado Especialização
F*	Entre 31 e 40 anos	Privada	Dec.de 1990	Entre 03 e 06 anos	Especialização
F*	Menos de 30 anos	Privada	Dec.de 1990	Menos de 03 anos	–
F*	Entre 31/40 anos	Privada	Dec.de 1990	Menos de 03 anos	Especialização
F*	Entre 31/40 anos	Privada	Dec.de 1990	Menos de 03 anos	Cursando Especialização
F*	Menos de 30 anos	Pública	Dec.de 2000	Menos de 03 anos	–
M**	Entre 31 e 40 anos	Pública	Dec.de 1990	Entre 03 e 06 anos	Cursando outra graduação

\* Feminino

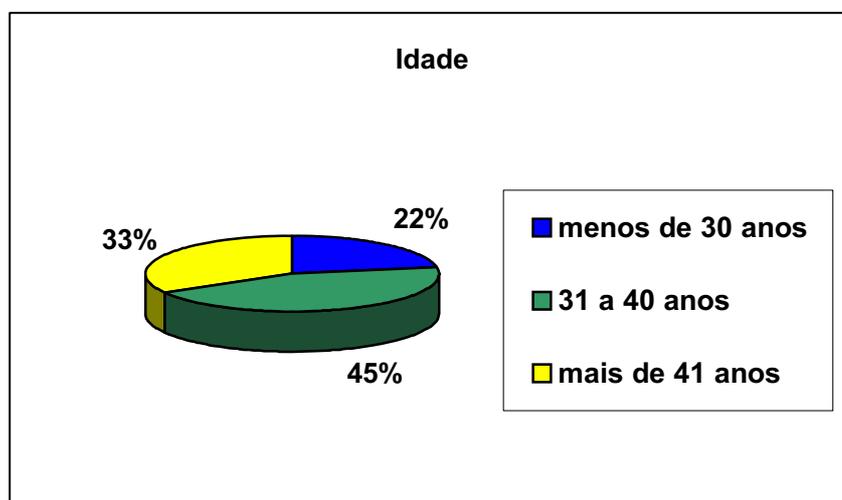
\*\* Masculino

- **Quanto ao sexo**



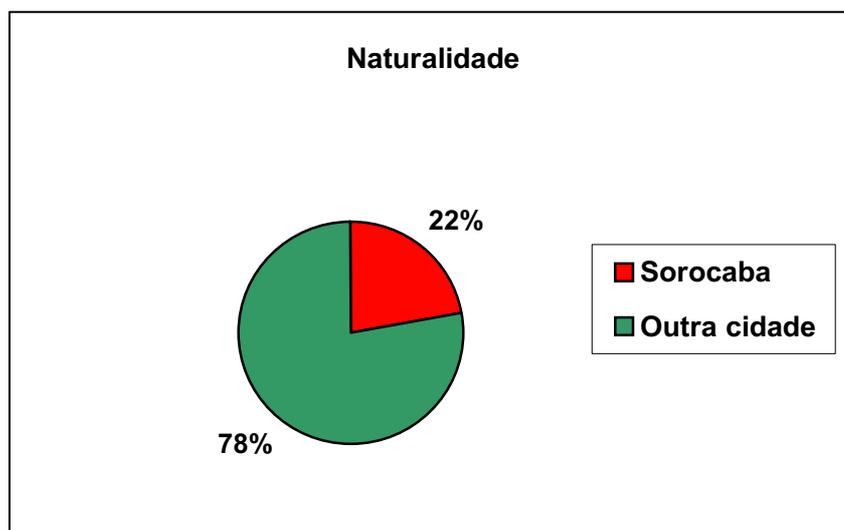
O gráfico acima revela que o sexo predominante dos assistentes sociais é o feminino, refletindo a característica da profissão no Brasil, cuja maioria é de mulheres.

- **Quanto à idade**



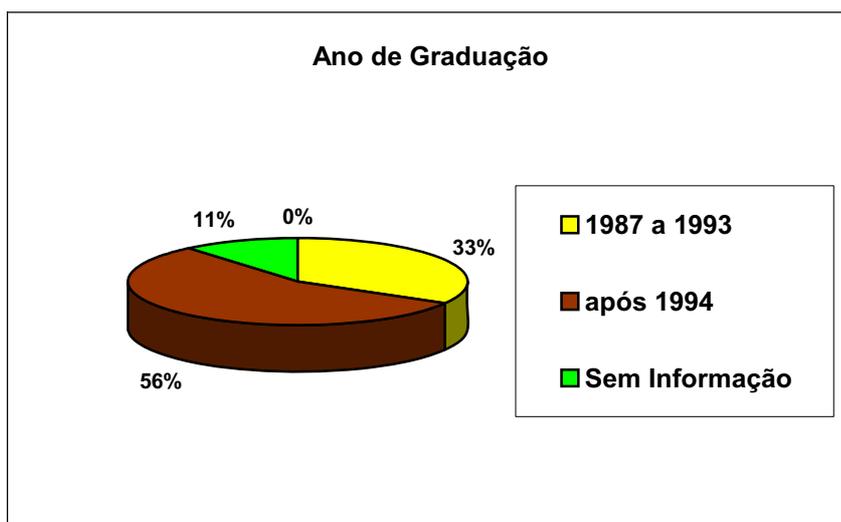
O gráfico demonstra a predominância que a idade dos assistentes sócias situa-se entre 31 e 40 anos, constituindo uma faixa etária intermediária entre jovens e os assistentes sociais mais experientes.

- **Quanto à naturalidade**



No que tange à naturalidade, a maioria não nasceu em Sorocaba, refletindo a tendência da cidade, de que grande parte de seus residentes vieram em busca de condições melhores de vida e/ou devido à oportunidade de trabalho apresentada. Destes profissionais que se instalaram na cidade alguns vieram em virtude do ingresso na Prefeitura mediante concurso público e os demais por questões familiares.

▪ **Ano de conclusão da graduação**



O gráfico demonstrado anteriormente, denota-se predominância da graduação dos assistentes sociais a partir da segunda metade da década de 1990, até seu término variando o tempo de 7 a 12 anos de conclusão de curso.

- **Quanto à qualificação Profissional**



O gráfico acima revela a predominância de cursos de pós-graduação – *latu-sensu*, seguido de cursos de extensão, significando que diante do tempo de conclusão de curso, há uma preocupação com a qualificação profissional.

Os cursos não são diretamente relacionados à saúde, conforme verificamos na tabela do perfil individual. Através da pesquisa verificamos cursos nas áreas da Criança e Adolescente, Família, Recursos Humanos etc., alguns direcionados à Serviço Social. Outros aspectos evidenciados é que os cursos apresentados na área da saúde foram realizados após o ingresso ao trabalho nesta mesma área, o que nos leva a refletir que esses cursos tornaram-se necessários frente à realidade – aspectos positivos se levarmos em consideração o aperfeiçoamento profissional e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados.

O presente capítulo, ao trazer dados sobre Sorocaba como sede municipal e Regional dos serviços de saúde sobre a estrutura organizacional destes e sobre os assistentes sociais que os operacionalizam, propiciou condições para conhecer o cenário, o *locus* e as demandas e Programas de atendimento à saúde.

A partir desse capítulo torna-se possível adentrar ao capítulo final desse estudo, a fim de verificar as práticas dos assistentes sociais das unidades de serviços municipais de saúde de Sorocaba e sua contribuição na efetivação dos direitos à saúde.

## CAPÍTULO IV

### **A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS À SAÚDE NAS UNIDADES DE SERVIÇOS MUNICIPAIS DE SOROCABA: percepção dos assistentes sociais**

A partir das inquietações da pesquisadora acerca da efetivação dos direitos à saúde, que desencadeou esta pesquisa, buscamos referências conceituais para subsidiar o objeto: **análise das práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais nas Unidades de Serviços Municipais de Saúde de Sorocaba/SP e sua contribuição na efetivação dos direitos à saúde.**

Conforme já evidenciado, no processo de análise optamos pela construção de núcleos analíticos através da explicitação dos significados, com base nos depoimentos.

A análise realizada visou colaborar com as práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais na contribuição da efetivação dos direitos à saúde, possibilitando questionamentos e discussões para buscar avanços no processo de construção da cidadania.

#### **1. Visão dos sujeitos acerca dos direitos de saúde**

O primeiro núcleo apresentado é o **Núcleo de Concepções**. Identificamos, nesse núcleo, as concepções dos assistentes sociais acerca dos princípios que fundamentam o SUS, bem como identificamos quais os direitos que esses princípios

geram aos usuários, e se na unidade em que trabalham, segundo os assistentes sociais, esses princípios vêm sendo contemplados.

Portanto, solicitamos inicialmente aos assistentes sociais, quais os princípios que fundamentam o SUS, com o objetivo de poder identificar quais os direitos de saúde que sustentam suas práticas.

De modo geral, é consensual o entendimento dos assistentes sociais acerca dos princípios que fundamentam o SUS, abordando-os a partir das leis 8.080 e 8.142 que foram regulamentadas em 1990, após a promulgação da Constituição de 1988. Os assistentes sociais, ainda, complementam seus depoimentos, acerca dos princípios do SUS, quando enfatizam quais os direitos que esses princípios geram aos usuários, elucidados nos depoimentos:

...Os princípios que considero mais importantes, com base na lei 8.080, são Universalidade, Integralidade e Igualdade na Assistência, a Descentralização político-administrativa, e o direito à informação (divulgação da informação), Direito à participação e ao Controle Social... (AS. 1).

Os princípios que fundamentam o SUS são Universalidade, Totalidade e Equidade (...) Esses princípios geram direitos à saúde para todos de forma integral contemplando as diferenças. (AS. 3).

...eu vejo que esses princípios já são direitos, estão dentro de um código, de uma legislação que já são direitos (...) Por exemplo: primeiro, universalidade ao acesso dos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Então, o que eu penso disso. Universal que tem acesso ao setor primário que são os Centros de Saúde, ao setor secundário e terciário, ou seja, todas as pessoas devem ter acesso aos serviços (...) Depois vem o segundo, a integralidade de assistência entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade. Acho que não preciso explicar (...). O terceiro é a questão da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral (...) O que eu vejo aqui? É também na nossa atuação, no nosso código que está previsto isso, aqui está dizendo isto. Fazer com que a pessoa participe desse processo de saúde, ter voz no atendimento. (...) O quarto é a igualdade da assistência sem preconceitos ou privilégios. O quinto direito é o direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde... (AS. 2).

Os profissionais explicitam, em suas colocações, os princípios que fundamentam o SUS. Alguns, durante as entrevistas, recorreram às leis e códigos para consubstanciar suas falas. Importante ressaltar que ambos os assistentes sociais trazem a tona o princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde – direito de cidadania.

O AS 2, traz, ainda, em seu depoimento, a relação dos princípios do SUS com o Código de Ética do assistente social – apontando aspectos fundamentais para a construção da cidadania.

Alguns dados significativos emergiram nos depoimentos dos assistentes sociais com relação aos direitos à informação, compreendendo-os como os mais importantes, tanto no que se refere à informação sobre seu estado de saúde, e seu tratamento, e quanto ao direito de informação acerca do funcionamento da estrutura da unidade de serviço de saúde:

Eu acho que dentro desses princípios, um dos que eu acho bem importante e que acaba facilitando através do trabalho é o direito à informação. Acredito que em muitos aspectos a informação transmitida para o paciente é truncada, tanto no que se refere à política e aos direitos, quanto em um aspecto básico que trata da saúde-tratamento e prevenção,... (AS. 1).

Eu acho que é uma questão de direito mínimo, o direito de saber quem faz o que dentro da unidade, qual é o papel de atividade do outro (...) Eu acredito que o direito à informação e a transparência é formar o sujeito desse processo todo que ele faz parte, até para discutir com o médico sobre o seu tratamento... (AS. 4).

Direito à informação onde muitos profissionais passam estas informações numa linguagem técnica e/ou não respeitam esses direitos por falta de tempo no atendimento, ou não respeitam o saber do sujeito. Essas pessoas têm acesso a esses direitos? É um direito delas, mas às vezes elas não sabem. (AS. 2).

O AS 4 enfatiza o direito à informação como um direito básico do usuário, para que possa ter conhecimento sobre os recursos e serviços que a unidade oferece, como se estrutura e funcionam os Programas de saúde a fim de discutir sobre seu tratamento.

O depoimento do AS 2, explicitou a possível contradição na efetivação do direito à informação: se essas informações são passadas de forma precisa e clara, garantindo o entendimento destas pelos usuários, há a efetivação dos direitos; se as informações são passadas de forma insuficiente e com termos técnicos, que não permitem o entendimento delas pelos usuários, o direito à informação não é efetivado. Neste caso, revela-se uma forma de cidadania tutelada.

Ao levantarmos com os assistentes sociais como percebiam a efetivação dos direitos nas unidades de serviços em que atuam, responderam que os direitos são imiscuídos em ações que giram em torno de questões pontuais, apresentadas a seguir:

...Você percebe, por exemplo, as pessoas que estão na linha de frente, que fazem os agendamentos. Você percebe que elas dão preferência para as pessoas, mas como uma forma de favor para aquelas pessoas, e não como um direito. (AS. 2).

Com relação se os direitos estão sendo contemplados, na verdade eu acho que na unidade de maneira geral funciona muito a política burocrática e a política do jeitinho, (...) Não vou dizer que não é do Serviço Social também, na prática do serviço como um todo, dá um jeitinho, de se achar uma brecha etc (...) acho que fazem com que os direitos não sejam contemplados... (AS. 1).

Ele tem acesso ao tratamento, à consulta, ao medicamento, dentro das possibilidades que a medicação chega. Então, assim, amplamente não... (AS. 4).

Verificamos que em alguns casos Sorocaba reflete e reforça questões históricas apresentadas no primeiro capítulo, com políticas que permeiam ações pontuais e focalistas, configurando o “jeitinho e o favor”, diminuindo as possibilidades frente aos direitos, permeando a Cidadania Tutelada.

As ações configuradas como jeitinho e favor repercutem nas práticas cotidianas dos serviços como “algo comum”, o que nos leva a refletir que essas atitudes, muitas vezes, desconsideram o processo de lutas e conquistas que culminaram nos direitos à saúde.

As ações acima se inserem na perspectiva de cidadania tutelada, favorecendo alguns usuários em detrimento de muitos. Isso repercute diretamente na qualidade dos serviços prestados à população, como evidenciam os depoimentos a seguir:

Tem acesso, mas ao mesmo tempo são serviços precarizados pela falta de especialistas, exames, consultas etc, há demora neste acesso, há a questão da locomoção. (...) São serviços montados para atender a uma exigência legal, porém na prática são precarizados, não conseguindo atender à demanda. (AS. 2).

Na unidade que trabalho os direitos não estão sendo contemplados, devido à restrição de custo, devido à restrição de conhecimento dos próprios funcionários, que faz com que esses direitos não sejam respeitados. É muito limitado, limita-se muito o usuário (...) O pessoal do conselho são tão leigos quanto às leis e aos direitos (...) Sou chamada pela chefia para dizer ao usuário que não tem direitos ao determinado medicamento, mas sei que ele tem direito, é contemplado em lei... (AS. 3).

...porque acessar só o tratamento, que é importante, na medicação que é isso que dá qualidade de vida, mas ele tem que ter acesso a uma coisa maior, o que é estar bem mesmo, às vezes essas questões ele não têm... (AS. 4).

Percebemos, portanto, por esses depoimentos que os direitos nas unidades de serviços não estão sendo efetivados em sua totalidade, visando a consolidação da cidadania. Permitem, ainda, verificar que o SUS possibilitou mudanças na estrutura organizacional. Para Campos (s/d), porém, essas mudanças não focaram as pessoas. Segundo este autor:

Nas duas últimas décadas, empenhamo-nos muito na mudança do aparato legal e da estrutura político-administrativa, esquecendo-nos das pessoas concretas que operariam e usufruiriam dessa máquina que criávamos. O resultado disso está sendo um impasse. Mudou-se muito, para pouquíssimos resultados. (CAMPOS, s/d: 33).

Esta situação conduziu à falta de treinamento e de capacitação das pessoas que participam da operacionalização e gerenciamento do SUS que, muitas vezes, desconhecem questões básicas do direito à saúde. Por vezes, outros problemas emergem, como apresentou a AS 3, questões de interesses políticos e éticos que impedem a efetivação do SUS, como um direito.

Mas, alguns depoimentos também evidenciam que pontos positivos na efetivação dos direitos estão presentes nas unidades de serviços de saúde, como:

A unidade tem uma boa estrutura física (...) A gente percebe que, por exemplo, os trabalhos coletivos e preventivos não são prioritários, entendido como grupo, não há. Ocorre algumas experiências que a gente vê no Centro de Saúde, mas são poucas experiências... (AS. 2).

Nós temos uma população hoje de usuários que podem ter acesso ao serviço, não tem custo para chegar à unidade, tem uma alimentação garantida... (AS. 4).

Pelas falas acima, constatamos que embora as unidades possuam boa estrutura física, isso não é sinônimo de seu bom funcionamento na efetivação de direitos. Estes se materializam em ações, na maioria das vezes, de caráter pontual e/ou iniciativas isoladas.

Outro fator significativo expresso no núcleo de concepções é a conexão, feita pelos assistentes sociais, das questões de saúde com aspectos mais amplos – conforme apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde e abordada no primeiro capítulo dessa dissertação, ou seja, a compreensão de saúde como qualidade de vida e não ausência de doença. O depoimento abaixo explicita isso:

Se eu tiver uma visão individualizada de que o usuário está ali e acaba ali mesmo, isso nunca vai se concretizar em acesso a direitos (...). Colabora muito ter uma compreensão de saúde em sua totalidade, colabora porque não se tem um caráter isolado (...) Primeiro que não resolve o problema de ninguém nem mesmo da pessoa que apresenta aquela situação específica, já que nenhuma situação é isolada. Acredito que somente quando há demandas não respondidas que soluções emergem, principalmente quando há mobilização social. Sempre procuro direcionar essas questões para o coletivo (...) Devemos partir da própria localidade dos usuários, de onde estão as respostas, das próprias pessoas, das suas vivências, a princípio sem doenças... (AS. 1).

É evidenciada, assim, a importância de uma visão de totalidade de saúde, que repercute na qualidade dos serviços prestados aos usuários, pois as ações podem ser pensadas e efetivadas, tendo como pressupostos os direitos à saúde, com vistas à cidadania.

Tornam-se pertinentes ações que concretizem os direitos à saúde em seu caráter individual e coletivo, conforme define um dos princípios do SUS. Para que as demandas de saúde se configurem enquanto direitos, é preciso que sejam assumidas nas unidades em que se apresentam, não somente através de dispositivos Constitucionais (que são grandes avanços), mas que sejam um compromisso tanto dos funcionários como dos usuários.

Desse modo, verificamos nos depoimentos que as ações profissionais com vistas às informações referentes aos direitos à saúde, fortalecem os usuários enquanto sujeitos de direitos. Assim:

O grande ganho é quando você está contribuindo para que o usuário possa começar e até se apropriar da sua condição de sujeito, da sua vida, da sua autonomia. (...) A gente tenta passar a ele também é que ele é sujeito de sua própria relação saúde-doença... (AS. 4).

...pois se isso realmente vigorar, é sinal que as pessoas estão caminhando para participarem enquanto sujeitos. (AS. 1).

A tomada de consciência de sujeitos de direitos pelos usuários, permite reconhecer a cidadania como um processo de luta permanente que se constrói cotidianamente.

Nesta perspectiva são conquistados e implantados espaços institucionais de participação dos usuários como os Conselhos Municipais de Saúde, enquanto possibilidade de efetivação da política e dos direitos à saúde, conforme afirmação abaixo:

O sistema de saúde como um todo tem que funcionar de acordo com a legislação. Por isso existem os Conselhos com participação popular e suas decisões interferem e colaboram no trabalho. Mas acredito que muito ainda precisa ser feito. Os direitos necessitam de ações para saírem da teoria. (AS.1).

Os depoimentos contidos no núcleo analítico de concepção evidenciaram, assim, que há conhecimento dos assistentes sociais sobre os direitos à saúde, embora nas unidades de serviços municipais de saúde não se constata uma centralidade na efetivação desses direitos.

## 2. As práticas dos assistentes sociais na efetivação dos direitos à saúde

Após analisarmos o núcleo de concepção, faz imperativo o segundo, **Núcleo de efetivação**, objetivando identificar as ações realizadas pelos assistentes sociais nas unidades de serviços de saúde e sua contribuição na efetivação dos direitos à saúde.

Neste núcleo de efetivação é importante ressaltar, que segundo os depoimentos abaixo, os assistentes sociais em sua totalidade deram ênfase ao relato do momento inicial de suas práticas profissionais nas unidades de serviços de saúde de Sorocaba, como referência ao momento atual dessas práticas:

...desde que cheguei já havia algumas atividades pré-estabelecidas, por diferentes profissionais, ao Serviço Social, (...) algumas coisas já caminhavam daquela forma e foi passado daquela forma (...) tais como visitas, entrevistas, enfim (...) Isso das atribuições direcionadas ao profissional é um assunto interessante, tanto que quando cheguei à Prefeitura já existiam visitas domiciliares em atrasos (...) não defini nada, já estavam lá me aguardando, com o objetivo atribuído de investigação da família, do paciente, investigar como era a casa, como é o relacionamento do paciente, se o tratamento vai ter fim, se vai aderir ou não. Obrigar de certa forma a terminar o tratamento... (AS. 1)

Quando começamos o Serviço Social fazia o atendimento de orientação previdenciária, vale transporte, visitas domiciliares e orientações para famílias. Nós não tínhamos nada além disso para trabalhar (...???) Quando nós começamos, acho que isto vem da formação e da faculdade também, sempre achei que eles tinham que ser sujeitos. Profissionalmente vi que se a gente não ampliasse isso, a gente não iria conseguir, não que hoje tenham uma visão mais ampla. Mas precisa estar fazendo alguma coisa para mudar, pois se reforçasse com o que estava estabelecido, a coisa não iria caminhar. (AS. 4).

Quando eu entrei acabei indo para um determinado local de trabalho, a demanda era imensa. Eu via que toda a demanda era importante (...???) No início eu trabalhava os casos encaminhados, eram todos os casos identificados como risco social: desemprego, usuários de drogas, dificuldades de manutenção das

necessidades básicas, habitação, alimentação, medicamento, conflitos familiares, enfim casos que outros profissionais não conseguiam trabalhar. (AS. 2).

A partir dos depoimentos, verificamos que algumas demandas com a inserção destes profissionais já estavam postas, muitas vezes advindas da compreensão que a própria chefia e/ou a equipe dos Programas de saúde tinham sobre o Serviço Social. Outras vezes as demandas eram apresentadas pelos limites institucionais. Em ambas as formas de demandas, constatamos que os assistentes sociais foram construindo, ampliando e reformulando suas práticas profissionais. Nesse sentido o depoimento acima do AS 2 é complementado por ele ao afirmar:

No início eu não conseguia dar conta e separar, porque tudo é possível de trabalhar, (...) tive que ir mudando isso (...) Neste processo foram sendo redirecionados através de reuniões em equipe, leituras, experiências profissionais, prioridades e objetivos. Atualmente a demanda para visitas domiciliares, atendimento individual e grupos foram determinados pelo Serviço Social através da reunião em equipe do Programa. (AS. 2).

Outros assistentes sociais enfatizaram que, após sua inserção nas unidades de saúde, houve a necessidade de repensar as demandas apresentadas:

O meu papel nessa entrada foi justamente isso, eu tive mais tempo para repensar essas ações específicas num determinado programa, e numa determinada atividade (...) naquela história de mudar a lógica do que estava sendo feito. Como que poderia ser pensado diferente? (...) continuei realizando as visitas, mas mudei o foco, elas passaram a ter objetivo relacionado ao Serviço Social, e não mais no sentido investigativo e punitivo como era solicitado. É o mesmo caso, por exemplo, dos atendimentos individualizados, eles foram ampliados e com foco diferenciado... (AS.1).

Isso sempre foi minha concepção, e aos poucos tentei ampliar, tentar conseguir mais coisas, a gente vai batalhando para sair dessa condição. Poderia ter ficado? Sim, seria mais cômodo, mas me angustiava, me incomodava (...) ao intermediar tirava do usuário a possibilidade de ele enxergar... (AS. 4).

Para a análise dos conteúdos dos depoimentos dos assistentes sociais na perspectiva do núcleo de efetivação dos direitos à saúde, recorreremos à contribuição de Costa (2000) que apresenta os quatro “campos de atividades”, ou “eixos de inserção”, a saber: “ações de caráter emergencial”; “educação e informação em saúde”; “mobilização da comunidade” e “planejamento e assessoria”. Esses eixos interagem nas práticas dos assistentes sociais.

Em relação às “ações de caráter emergencial<sup>29</sup>” identificamos nos depoimentos que em ambas as unidades de serviços estas ações fazem parte do cotidiano dos assistentes sociais, operacionalizadas através dos atendimentos individualizados na própria unidade e nas visitas domiciliares, frente ao plantão geral (no caso específico da Policlínica) e nos programas. Realizam-se provisões através de vale transporte, credencial especial, cesta básica, fraldas, leite, medicamentos, viabilização de exames e consultas, órteses e próteses, agendamentos de consultas e internações, abrigos, roupa etc. Conforme abaixo explicitado:

Às vezes você faz um atendimento individual e vê a necessidade que evoca a questão do leite, ou a questão da credencial (...) e você faz a avaliação social da família para dar este encaminhamento e aí você encaminha... AS. 2).

Faço avaliação sócio-econômica frente às questões sociais... (AS. 3).

Geralmente eles são orientados lá em cima para saber sobre a credencial, vale transporte, cesta básica (.???) Nós damos entrada para esses usuários para a credencial e o recurso da cesta básica. (AS. 4).

Essas ações de caráter emergencial originaram-se de provisões, visando garantir acesso mínimo aos usuários, bem como articular benefícios/ recursos com outras instituições e/ou na própria unidade. Muitas vezes, em virtude da relação demanda/ oferta apresentada pela unidade, é solicitado ao assistente social a realização de triagem, priorizando alguns usuários em detrimento de muitos, frente aos recursos que garantam os mínimos sociais. Segundo ressalta Sarmento:

No Brasil, com o crescimento da miséria e da agudização das tensões políticas, bem como o fato das políticas sociais (...) não conseguirem garantir o atendimento desta demanda crescente, vão sendo criados novos mecanismos, como forma de solução a estes problemas e suas contradições, marcados prioritariamente pela seletividade. É justamente neste espaço contraditório e seletivo que os trabalhadores recorrem (...) verdadeiros centros de triagem e encaminhamentos de demandantes para a garantia de suas necessidades básicas. (SARMENTO, 2000: 103).

Em nosso entendimento, essas ações solicitadas aos assistentes sociais estão na contramão dos direitos. Emergem, geralmente, no atendimento de

---

<sup>29</sup> Segundo Costa: “Ações de Caráter emergencial – estas se expressam nas atividades voltadas para a agilização de internamentos, exames, consultas (extras), tratamentos, obtenção de transporte, medicamentos, órteses, próteses (...) Exigem a mobilização e a articulação de recursos e materiais dentro e fora do sistema público e privado de saúde. São situações consideradas excepcionais, cujos mecanismos institucionais existentes não as absorvem rotineiramente. Essas ações estão intrinsecamente relacionadas às condições de vida da população, ao déficit de oferta dos serviços para atender às demandas.” (COSTA, 2000: 45).

plantões, muitas vezes vistos pelas chefias das unidades como mera provisão ou amenização de conflitos. O depoimento abaixo revela:

O fato de essas pessoas ter me procurado, significa que elas solicitaram alguma coisa e não tiveram acesso (...) O plantão não existia, aos poucos a gente está caminhando para organizar, porque ele também foi imposto de certa maneira (...) para mediar os conflitos entre a instituição e o usuário (...). Há até uma proposta no plantão, onde se elaborou um instrumental com questões chaves, para a sugestão de elaboração de políticas, mas pela desorganização e clareza do setor foi uma coisa que não foi discutida... (AS. 1).

O AS 1 complementa este depoimento, dizendo que no plantão comparecem usuários com reclamações acerca da própria dinâmica da unidade e/ou da política de saúde, os quais geralmente já tiveram seus direitos negados em outros serviços, o que reforça a implantação do plantão pela unidade. Conforme Vasconcelos (2002), se ao ouvir a queixa ou a reclamação do usuário, o assistente social contenta-se com o alívio do paciente, ele está apenas reforçando a lógica de intermediar conflitos citado acima pelo AS 1, ao atender as exigências institucionais, contrariando os direitos dos usuários.

Consideramos, no entanto, que o plantão pode possibilitar não apenas a intermediação de conflitos, mas transformar-se em um espaço institucional capaz de criar estratégias coletivas entre assistentes sociais e usuários, para a efetivação dos direitos a saúde.

O plantão, segundo Vasconcelos (2002), deve estar articulado às demais ações da unidade, tanto na elaboração de políticas de saúde como na solução dos problemas cotidianos de saúde.

Os depoimentos que se seguem demonstram a possibilidade de realizar ações de caráter emergencial, efetivando os direitos a saúde:

Então aparentemente um simples atendimento, que eu nunca considero simples, tem uma proporção ampliada (...) Se eu tiver uma visão individualizada de que o paciente está ali e acaba ali, nunca vai se configurar em direitos, tem que despertar uma reflexão (...) uma solicitação específica, ou uma reclamação, e procuro informar os caminhos, mas sempre oriento que a pessoa tem seu papel importante nesse processo e que coletivamente sua solicitação encontra força... (AS. 1).

...eu procuro conversar com ele na medida em que ele sente a necessidade do Serviço Social, porque o médico não quer dar uma declaração (...) a gente é capaz de trabalhar com ele para que vá lá e batalhe, então é assim essa questão do sujeito de seu próprio processo... (AS. 4).

Eu muitas vezes tomo atitudes que vão contra a organização aqui, mas que vão ao encontro com a minha ética, de acordo com os princípios éticos-políticos. Minha postura enquanto pessoa (...) vai muito do profissional (...) não tem o recurso, que é direito, eu chamo o usuário, dou a resposta da Prefeitura, porém falo que tem outros meios que ele pode conseguir. É bastante difícil. Um momento delicado ao profissional. Por mais que estou fazendo a coisa certa, por vezes pode parecer meio incoerente... (AS. 3).

...tinha o caso da internação, conversamos com a coordenação que tinha uma postura que a gente queria confinar o paciente. Nós batalhamos, e a medida que se esgotou as possibilidades, com uma doença que passa para outras pessoas, um risco de saúde pública, e o paciente queria ser internado, isso poderia beneficiar seu tratamento. (...) com toda uma estrutura dizendo não, acho que peguei até as funções que não eram minhas, batalhei, assumi até o que não era do serviço social, tentar conseguir vaga, discutir com a equipe. O paciente está internado e hoje o que você tem? Uma família que está mais tranqüila (...) um paciente sendo acompanhado em um local específico (...) o ganho maior é do próprio usuário, quando ele vê que pode exigir um serviço de saúde com qualidade, ele se sentir sujeito para discutir com o médico, e nós instrumentalizamos para alcançar esse objetivo... (AS. 4).

De modo geral, observamos que os assistentes sociais, nos diversos momentos em que se dão as ações de caráter emergencial, procuram direcionar suas práticas para a efetivação dos direitos, em destaque para o direito à informação, que busca contribuir para a autonomia dos sujeitos.

O segundo eixo de inserção proposto por Costa (2000) foi “**educação e informação em saúde**<sup>30</sup>”. Nos depoimentos estas atividades apareceram como alicerces das ações dos assistentes sociais. Tais ações se operacionalizaram em atividades no âmbito individual (através do serviço de plantão e/ou atendimentos em programas e visitas domiciliares) ou no âmbito grupal (através de reuniões com os usuários e/ou cuidadores), como segue:

... acabou a consulta do médico, passa pelo Serviço Social para receber as informações (...) tinha a questão do acolhimento protocolado, quem chegasse pela primeira vez passasse (...) o profissional que fosse atendê-lo, no caso do Serviço Social, ele poderia ter uma visão geral do serviço (...) como funciona o programa, prestar outras orientações, informações, direitos... (AS. 4).

...acesso à informação, em alguns aspectos da doença, do tratamento, e em outros aspectos a questão da saúde, os direitos, a política. Isso em menor proporção do que a doença, porque até o profissional, no meu caso, acho que a gente acaba dando maior ênfase à questão da doença (...) mas contribuímos com a informação que é um direito à ela. Você orienta, você a auxilia (...) talvez a informação é muito importante como uma forma de direito. (AS. 1).

---

<sup>30</sup> Conforme Costa: “Educação e Informação em saúde – estas atividades consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, família e à comunidade para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas...” (COSTA, 2000: 45).

Eu vejo a orientação educativa. Os assistentes sociais com essas ações contribuem para efetivar os direitos através dos atendimentos sociais, grupais ou visitas domiciliares (...) O plantão cai nas orientações sociais... (AS. 2).

No tocante ao âmbito individual, merecem destaque as atividades de informação sobre a doença ou os critérios de inserção nos Programas de saúde nas unidades.

No âmbito grupal, destaca-se:

O grupo de cuidadores foi um projeto que nós já realizamos, mas como é muito flutuante nossa população aqui, deveria ser feito novamente, hoje não temos nenhum trabalho de grupo (...) muitas vezes quando propomos um projeto é podado. (AS. 3).

As reuniões sistemáticas em grupos, nós não temos. Temos com o pessoal da credencial, estamos tentando um trabalho de grupo com as famílias... (AS. 4).

Você faz a avaliação social e encaminha a pessoa para o grupo. Qual o objetivo do grupo? (...) pessoas que passam no Programa e recebem um benefício (...) onde discutimos questões que as pessoas trazem, e a gente elenca para estar trabalhando tanto num atendimento, como no grupo. Nós verificamos qual é o tipo necessário, pois há casos que você percebe que não dá para ser um atendimento em grupo, porque a pessoa não quer se expor, aí fazemos visita ou atendemos aqui mesmo... (AS. 2).

Cabe ressaltar que as atividades grupais geralmente estão integradas aos Programas de Saúde, e mesmo nestes, à projetos específicos, como: leite, credencial, cuidadores etc. São iniciativas inovadoras dentro de um universo que não apresenta muito este tipo de atividade sócio-educativa, expressando a preocupação em conhecer o que a população realmente precisa e desenvolvendo com base nas necessidades apresentadas na realidade.

Vale mencionar que em um dos depoimentos acerca do trabalho em grupo constatou-se que as atividades sócio-educativas exigiam contrapartidas, por parte dos usuários, o que indica uma consonância com a forma como são executadas as políticas sociais brasileiras. No entanto, questionamos esse enfoque de contrapartida, por entendermos que reproduz a cidadania assistida. Reforçando nossa posição, há um depoimento com a idéia discordante da contrapartida, buscando a autonomia dos sujeitos:

Quando fizemos o repasse do recurso, tentamos desatrelar esse recurso da manutenção meramente e colocamos para eles que nós temos uma outra meta, que é a geração de renda. Nós convidamos estes usuários para a reunião,

orientamos que não era obrigatório. Alguns foram, a maioria não foi, e a que vai e se interessa, eu estou conseguindo visualizar que aquele recurso não está atrelado a nenhuma contrapartida... (AS. 4).

Para a emancipação dos sujeitos, é preciso a construção de ações que tenham como pressupostos a totalidade, visando à construção da cidadania plena.

O terceiro eixo de inserção: **“mobilização da comunidade<sup>31</sup>”** reúne, inicialmente, os seguintes depoimentos:

O Conselho de Saúde interfere nas decisões, não tem como. Agora como é feito, como os conselhos tomam essas decisões, o que está por trás, a política, o que está por trás etc. Acredito que somente quando há demanda não respondidas que soluções emergem, principalmente quando há mobilização social. Sempre procuro direcionar minhas ações para o coletivo (...) um resultado positivo que visualizo é a procura por grupos de usuários por movimentos sociais. Eles estão se organizando no sentido de mobilizações, a princípio por uma patologia específica. (AS. 1).

Neste segundo semestre a gente implanta esse trabalho de geração de renda, um pequeno curso e a idéia é fazer desse curso uma coisa a médio e longo prazo, se der tudo certo, se eles gostarem e se nós conseguirmos ver que eles estão realmente gostando mesmo do trabalho, tem força para caminhar, a gente amplia esse recurso (...) a idéia é fazer uma cooperativa... (AS. 4).

A mobilização da comunidade conforme descrita por Costa (2000), em que os profissionais vão aos distritos sanitários, não apareceu diretamente nos depoimentos, o que nos leva à hipótese de que tais atividades não fazem parte do cotidiano dos assistentes sociais (até pelas características das unidades especializadas – média complexidade). Porém, frente à realidade das unidades de média complexidade, emergem ações desenvolvidas pelos assistentes sociais que visam à mobilização social em Programas de saúde específicos.

As ações de mobilização social podem se tornar uma das estratégias do assistente social para instrumentalizar a população rumo à autonomia, enquanto competência do Assistente Social, conforme Lei de Regulamentação Profissional. Mas, como evidenciado pela AS 1, devem partir das demandas da realidade. O profissional pode contribuir com as reflexões, como também com a instrumentalização, mas quem decide os rumos a seguir são os próprios usuários,

---

<sup>31</sup> Para Costa: “Mobilização da Comunidade – as atividades voltadas para mobilização da comunidade integram-se às demais atividades dos membros da equipe dos distritos sanitários e das unidades básicas de saúde. Constituem basicamente em ações educativas, voltadas para a sensibilização, politização e mobilização da comunidade em função da instalação e funcionamento dos conselhos de unidade distrital, municipal e estadual de saúde e do engajamento de lideranças na organização de trabalhos educativos...” (COSTA, 2000: 46).

enquanto sujeitos de seu processo histórico, capazes de decidirem suas ações e reivindicarem os direitos, no processo de construção de cidadania.

Convém ressaltar que nenhum dos depoimentos dos assistentes sociais explicitou ser uma de suas atribuições a participação em Conselhos Municipais, nem a instrumentalização dos usuários para esta participação.

O quarto eixo de inserção que contém as atividades de “**planejamento e assessoria**”<sup>32</sup>, apresentou como depoimentos:

Uma coisa importante é organizar essas informações. Na medida do possível eu organizo, até por questões de tempo (...) A tabulação é uma necessidade minha, porque não acredito num trabalho no qual a ação é feita ali e morre ali mesmo. Eu colho as informações individualmente, e em alguns casos, discuto com outro profissional que também faz essa tabulação e que eu me identifico pessoalmente, enfim (...) Depois volto isso para projetos. Já elaborei uma série de projetos no local que trabalho e sempre partindo das necessidades dos usuários. (AS. 1).

Nós não temos o perfil de todos os usuários do programa, nós temos uma clareza dos que estão ligados a alguns projetos (...) Então nós sabemos daqueles que de certa forma dependem de algum recurso... (AS. 4).

Falta um planejamento, como a gente vai traçar o perfil dessa demanda. A gente tem discutido isso e a gente está pensando em fazer um mapeamento dos atendimentos sociais. Eu vejo que os grupos e os atendimentos, a gente poderia traçar um perfil para a gente e até para contribuir com a política de assistência. Ver quem são as pessoas que a gente atende, quais as necessidades que chegam até a gente. Porque a gente sabe, a gente tem documentado nossa experiência, mas se nós não tivermos um documento crítico analisado, perde a validade. Até mesmo para a equipe, a gente atender esse e esse caso, em contrapartida a gente redirecionar ou continuar como está. (AS. 2).

Esses depoimentos demonstram que a sistematização de dados (nomeadas pelos assistentes sociais como tabulação) não é uma atividade permanente na prática dos assistentes sociais das unidades de serviços municipais de saúde. Excepcionalmente a sistematização de dados é realizada em atividades de provisão de recursos aos usuários.

Compreendemos que a sistematização dos dados deve ser parte intrínseca e contínua das ações dos assistentes sociais. Devemos ser pesquisadores do cotidiano, pois desta forma poderemos conhecer a realidade onde atuamos e assim

---

<sup>32</sup> Costa enfatiza: “Planejamento e Assessoria – estas atividades consistem, sobretudo, na realização de ações voltadas para o processo de reorganização do trabalho do SUS, principalmente no que se refere à assessoria e ao planejamento local das unidades de saúde (...), instrumentalização dos processos de avaliação e controle das ações (...), fornecimento de informações sistematizadas sobre a operacionalização do sistema junto à diretores e administradores da unidade (...), Treinamento, preparação e formação de recursos humanos. Essas atividades são voltadas para a capacitação de funcionários, representantes comunitários,...” (COSTA, 2000: 45).

possibilitar, como relatou um dos assistentes sociais entrevistados, um mapeamento da realidade, e assim contribuir para o fornecimento de informações junto à unidade de saúde, bem como propiciar a avaliação e reformulação de nossas práticas. Conforme Sarmento:

A sistematização e a divulgação do conhecimento construído sobre as condições de vida da população e dos recursos disponíveis para a garantia de direitos é papel crucial a ser desempenhado pelo Serviço Social como requisito necessário para a tomada de consciência da qualidade de vida pela própria população, mobilização acerca dos direitos sociais. (SARMENTO, 2000: 108).

Sendo assim, torna-se imprescindível planejar nossas ações dentro de uma prática reflexiva, tendo como suporte a referência teórica para iluminar a realidade. Conforme Lei de Regulamentação Profissional: “Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;” (Lei 8.662/1993, artigo 4º, inciso VII).

Nesta perspectiva de instrumentalização e estudo de ações para controle e avaliação, um dos assistentes sociais relata fazer parte de um grupo de estudo formado por representantes do Espaço Público e da Sociedade Civil visando à elaboração de um Programa com políticas voltadas para um segmento específico da população, como demonstra:

...esse Programa é um projeto que envolve a Secretaria da Saúde, o Conselho do Idoso, a Universidade e outros setores (...). A gente se reúne para tentar estudar e formular um Programa (...). Então, é um momento de muita troca e também de novos projetos, para estar implantando. (AS. 3).

Identificamos, também, através da observação participante o início de ações relacionadas a treinamentos, preparação e formação de recursos humanos, visando à capacitação de funcionários lotados na Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba. Mas, em apenas um dos depoimentos dos assistentes sociais emerge esta atuação de capacitação dos funcionários:

Com relação às atribuições do Serviço Social (...) e agora há essa questão do treinamento com os funcionários... (AS. 2).

Constatamos pela observação participante, que estão ocorrendo treinamentos com funcionários que atuam nos Centros de Saúde Municipal. Esta capacitação dos funcionários é direcionada a temas como: humanização em saúde, cidadania,

trabalho em grupo etc, tendo sido elaborada e executada pelas psicólogas e pelos assistentes sociais da Policlínica e por um dos assistentes sociais da Clínica DST/AIDS.

Concomitantemente, os assistentes sociais e as psicólogas da Policlínica realizaram o treinamento de todos os funcionários administrativos (terceirizados e estatutários) desta Unidade, discutindo questões sobre o SUS, Humanização em Saúde entre outras.

As repercussões positivas destas questões tornam-se visíveis na medida em que outros treinamentos e capacitação estão surgindo e a equipe está sendo convidada para a elaboração e execução destas atividades com os diversos funcionários que estão entrando na Prefeitura através de contratações emergenciais, terceirizações e concurso público realizado em maio de 2006.

Percebemos que essas novas demandas de capacitação e planejamento estão sendo apresentadas ao Serviço Social, em que ações nunca realizadas pelos profissionais estão sendo apresentadas cotidianamente, exigindo reflexões, discussões teóricas, elaborações e posteriormente suscitar execuções. Como apresenta Iamamoto:

...passar da análise da profissão para o seu processamento no âmbito dos processos e relações de trabalho representa um salto importante. Incorpora avanços teóricos, metodológicos, éticos, políticos e técnico-operativos (...) ao mesmo tempo abre um leque de possibilidades, ainda não integralmente exploradas, no sentido de afinar com maior rigor as propostas analíticas sobre o Serviço Social com as provocações e desafios enfrentados no dia a dia do trabalho cotidiano. (IAMAMOTO, 2002: 16).

De modo geral, verificamos que frente aos eixos de inserção os assistentes sociais buscam efetivar suas ações na perspectiva dos direitos à saúde, com destaque para o direito à informação. Embora, verificamos uma fragilidade na efetivação dos direitos frente à suas práticas, face às características focalistas e fragmentadas, com ênfase nas ações individuais, advindas de condicionantes internos e externos.

Esta realidade das práticas dos assistentes sociais que atuam nas unidades de serviços municipais de saúde de Sorocaba, vem demonstrando avanços importantes no processo de construção da cidadania. Todavia, há limitações presentes e futuras, há possibilidades e desafios a serem enfrentados e superados.

### **3. Limites, possibilidades e desafios na construção da consciência de Cidadania**

O terceiro núcleo analítico trata dos limites e possibilidades apontados pelos assistentes sociais em suas unidades de serviços de saúde, na perspectiva da cidadania.

Os depoimentos dos assistentes sociais indicam alguns limites frente às unidades de serviços, bem como evidenciam possibilidades e descortinam desafios.

Desta forma, optamos inicialmente, por evidenciar os limites apresentados pelos assistentes sociais dividindo-os em aspectos culturais e institucionais. Posteriormente, evidenciaremos suas possibilidades, bem como os desafios.

Os assistentes sociais apontaram que o principal limite para a efetivação dos direitos é de caráter cultural, elucidado nos depoimentos:

Estamos em uma estrutura de saúde que é muito demarcada, onde há uma hierarquia, há toda uma organização que ainda é muito voltada para o modelo biomédico. Inverter esse processo é uma coisa que tem de ser assumida por todos os profissionais (...). O modelo biomédico está instalado dentro da estrutura de um sistema que fortalece muito a questão do favor. O usuário vai lá na unidade e é atendido mais como um favor (...). Inverter isso, nas pequenas coisas, talvez com a informação a gente consiga inverter um pouco da história. (AS. 4).

Entendo que as pessoas que trabalham no sistema de saúde e os usuários que freqüentam o sistema de saúde não entendem a lógica, não entendem como foi construído. Essa lógica política. Como os direitos foram conquistados? (AS. 1).

Com os depoimentos percebemos que os aspectos culturais influenciam diretamente o cotidiano das unidades. A partir da compreensão que as pessoas possuem sobre os serviços de saúde, elas refletem no modo como operacionalizam e como usufruem os serviços.

O AS 4, ainda, enfatiza a centralidade das ações da unidade no médico, estabelecendo uma hierarquia nos serviços. “Nas organizações de saúde, o poder se concentra no médico, pelo consentimento implícito da sociedade, tornando rígida a construção da sua identidade profissional.” (BARRETO & BERTANI, 2005: 39).

Essas questões condicionam o acesso aos serviços, associado à cura, ao tratamento, ao exame, enfim às ações pontuais e individualizadas, complementados na fala do AS 1:

Acho bastante limitante partir de onde partimos. Quando o usuário procura esse serviço de saúde, ele já está desgastado, já está doente. Primeiro porque já teve vários acessos negados, (...) acesso negada a boas condições de moradia, péssimas condições de alimentação e transporte, pouca escolaridade, poucas oportunidades de trabalhos... (AS 1).

Neste depoimento verificamos que nos serviços ocorrem ações que norteiam a compreensão de saúde como ausência de doença, contrariando o processo de lutas e conquistas da Constituição de 1988, remando na contramão do direito enquanto construção de cidadania.

Os assistentes sociais evidenciam, também, alguns limites relacionados aos aspectos institucionais, conforme seguem:

Um dos limites que vejo apresentados para nós é a falta de recursos. Acho que isto faz falta para a questão de recurso físico, materiais e acho que isso é importante para a base de qualquer trabalho (...), porém a gente sabe que para ter uma tabulação de qualidade, tem que ter o mínimo de um computador, para colocar os dados, e num programa você poder cruzar as informações, não dá para fazer isso manual. (AS 2).

A unidade procura me limitar de forma total na efetivação, porém, na medida do possível eu procuro agir com os princípios do Serviço Social (AS 3).

Demoras no atendimento, consultas, exames, a espera acabam fazendo parte da rotina do serviço... (AS 4).

Um dos limites apresentados nos depoimentos evidencia que a falta de verba pública para os recursos institucionais é uma das grandes dificuldades para os assistentes sociais frente ao cotidiano. Concordamos que a estrutura física prejudica a atuação profissional, mas ressaltamos que devemos tomar cuidados para que não se tornem impedimentos.

Outros problemas apresentados referem-se às questões de gerenciamento da unidade (filas, demoras de atendimento, imposições de chefias etc.), que são limites apresentados nas práticas advindas de condicionantes externos, e não cabe ao assistente social assumir sozinho essas questões.

Verificamos que dos depoimentos evidenciados emergem limites acerca da dinâmica da própria unidade e da compreensão dos funcionários que operacionalizam o SUS e muitas vezes não o compreendem.

Esses apontamentos suscitam limites apresentados pelos assistentes sociais referentes ao trabalho nas equipes multiprofissionais, das quais os assistentes sociais fazem parte em suas unidades de serviços. Vejamos os depoimentos:

...aqui o trabalho em equipe é extremamente difícil, porque é uma equipe multiprofissional na qual existe o desconhecimento das profissões, principalmente do serviço social e da psicologia. Existe uma dificuldade de entendimento (...) e em geral não se trabalha em equipe. É um grupo de pessoas entre as quais, infelizmente, não existe respeito. Com a classe médica é muito difícil de trabalhar, por que às vezes eles têm respostas prontas e uma opinião formada, Torna-se difícil trabalhar. Então o Serviço Social fica com a atividade mais burocrática... (AS 3).

O limite é claro, na questão da hierarquia das profissões, que é muito delimitada (...) há profissionais que estão ali só para exercitar tarefas (...) Acho que um trabalho bem estruturado como uma ação da equipe é necessário, uma parceria maior entre o Serviço Social e a Psicologia teria muito o que fazer, como o trabalho que o médico desenvolve de criar um espaço para as discussões, onde muitas coisas pudessem sair daquele espaço do consultório... (AS 4).

Nos depoimentos aparecem problemas acerca da equipe multiprofissional, com discussões do Serviço Social quanto ao seu reconhecimento, fatos que segundo os assistentes sociais decorrem da interação com outras categorias profissionais. Apontam, também, as dificuldades de outros profissionais frente à compreensão do Serviço Social, que visem exercitar o poder. Segundo a AS 3 relata, tais comportamentos repercutem em ações no cotidiano do assistente social, ao qual são atribuídas as atividades burocráticas – que impedem e prejudicam ações para a efetivação dos direitos.

Porém, durante os depoimentos verificamos que os limites dentro do trabalho em equipe não aparecem somente no interior dos Programas, onde os assistentes sociais estão inseridos, mas também no interior da própria equipe do Serviço Social na mesma unidade de serviço:

Limites são vários. Eu vejo a falta de compreensão tanto da própria equipe de Serviço Social quanto do nosso papel. A gente fala tanto em trabalho de grupo, de sua importância, mas não trabalhamos... (AS 2).

Me incomoda um pouco a falta de planejamento da equipe de Serviço Social e acredito que ainda não soubemos lidar com as frustrações umas das outras e

direcionar nossas ações para um objetivo maior que é a defesa intransigente dos direitos... (AS 1).

Nos depoimentos acima se apresentam limites do assistente social no trabalho em equipe e a dificuldade em lidar com seus pares, muitas vezes repercutindo em algumas ações que não são compartilhadas. Percebemos, também, que estas dificuldades refletem em suas práticas individuais:

O assistente social ainda tem uma visão muito deficiente de fazer a parte do Serviço Social, muito pequena (...). Hoje em dia eu não sei como está esse trabalho, pois não sou eu que faço, é outro assistente social que cuida dessa parte. (AS 4).

Penso que cada ação nossa, no dia-a-dia, fica focado em ações pontuais e isso acaba sendo um limite, pois a gente sufoca com tantas demandas emergenciais e não conseguimos planejar (...), assim, acabamos ficando na rotina do atendimento e não repensando, fazendo uma reflexão... (AS 2).

Observa-se, ainda, que muitas vezes se trabalha no mesmo setor sem a identificação das ações com os pares, e que aparentemente cada um desenvolve atividades sem a interlocução entre os assistentes sociais – até para compartilhar e trocar idéias rumo às construções de ações coletivas e reformulações conjuntas. Outro aspecto refere-se às questões pontuais frente às ações cotidianas.

Como exposto, os depoimentos apresentaram possibilidades para o cotidiano na construção da consciência de cidadania. Relacionado ao trabalho em equipe, o AS 2 ressalta a importância da re-definição cotidiana e permanente do papel do assistente social nas equipes multiprofissionais:

Há algumas coisas que eu vejo que nas reuniões de equipe esclarecem muito o nosso papel, nossas atuações, objetivos e sempre procurei trabalhar isso na equipe. (...), então, desde que eu entrei, houve um crescimento, uma valorização do nosso trabalho. (...) Há problemas? Sim, mas é normal, se não a gente não cresce, não reflete. Há muita coisa a se trabalhar, mas é uma equipe compromissada. (AS 2).

A partir deste depoimento, verificamos que o trabalho em equipe possibilita ações conjuntas e compromissadas que repercutem na qualidade dos serviços prestados à população.

Quanto à equipe de Serviço Social, os depoimentos apresentam como possibilidades:

...mas primeiro a gente tem que trabalhar como ouvir, a gente não trabalha como grupo, a gente não faz isso. Eu vejo que é uma construção, não se tem uma receita de bolo (...) e talvez essa falta de articulação se dê por não estar claro a nossa atuação. Também falta um plano de ação, um direcionamento, objetivo. Temos um projeto ético-político que está ali no papel, mas que na prática ainda a gente não consegue, não há na equipe de serviço social uma discussão (AS.2).

...acho que deveríamos estar mais centradas nisso (...) Sei que se tivéssemos mais planejamento, as discussões tivessem uma base teórica, enfim, nós avançaríamos mais no trabalho. (...). A desorganização do setor impede que questões sejam discutidas (AS 1).

É necessário um esforço muito maior da equipe de Serviço Social. (AS 4).

As falas acima apontam a importância do planejamento da equipe, sua articulação e a criação de um espaço de discussões teóricas que fundamentem as práticas etc. O AS 2 ressalta, ainda, a importância de se trabalhar enquanto equipe, para podermos posteriormente construir ações que se efetivem, na direção do projeto ético-político do Serviço Social.

Para que o projeto ético-político se efetive, segundo Iamamoto (2002), é necessário o reconhecimento de determinantes sócio-históricos que circunscrevam o trabalho estabelecendo os limites e desafios ao profissional.

Entendemos que esses ganhos são significativos, mas torna necessário o planejamento de ações que tenham por objetivo estabelecer relações mais abrangentes, mais coletivas, rompendo com as ações pontuais e específicas realizadas em seus Programas, visando construir estratégias para a autonomia do usuário. Como ressaltado nos depoimentos enquanto possibilidades:

Para o Serviço Social conseguir efetivar o direito, ele tem que, antes de tudo, estar com projeto, com direcionamentos, com objetivos, com planejamento, porque não dá para a gente pensar em ações coletivas se a gente não tiver um planejamento. Não dá para avançar, a gente fica com questões muito pontuais. (AS 2).

Tem que se batalhar para que as ações possam ser concretizadas e ultrapassar limites (...). Tem que ter uma construção conjunta com outros profissionais, pensar no que a gente faz, caso contrário você não cria possibilidades para você mesma sobreviver (...). Quando o serviço Social fica muito atrás da mesa, ele perde o contato com a realidade e emburrece. Deve se qualificar. O nosso grande instrumento é a realidade... (AS 4).

Uma possibilidade é supervisionar estagiário, que a gente não tem (...) e desenvolver aquela questão de assessorar a administração pública, organizações não somente ligadas à saúde. (...). A importância da qualificação profissional (...)

Com os dados tabulados, e a vivência que a gente tem da demanda que a gente atende, a gente poderia contribuir para ações de mobilização social... (AS 1).

Dos conteúdos expostos emergem: as necessidades do planejamento da equipe, novas atribuições aos assistentes sociais, conhecimento acerca da realidade e a capacitação profissional. Fatores, estes, que articulados repercutem positivamente no cotidiano através de práticas qualificadas e refletidas.

As falas acima enfatizam que para as possibilidades se efetivarem é importante tanto ao Serviço Social como para os demais funcionários o compromisso profissional. Ressaltado pela AS 2:

Se o profissional tiver bem claro que ele está ali, dentro de um órgão público, trabalhando para as pessoas, para os cidadãos, para os usuários. Ter esse compromisso, enquanto profissional, eu vejo que isso é possível. (AS. 2).

Compreendemos que o compromisso profissional bem como as reflexões e discussões teóricas devem ser a base que norteiem as ações dos assistentes sociais, para que se torne um profissional propositivo.

O AS 1 complementa:

Que ferramentas a gente tem para viabilizar e garantir os direitos conquistados? Eu acho que faltam essas discussões, engajamento (...) Há coisas que precisam ser realizadas, não basta existir, tem que ter um compromisso, adesão das pessoas, não somente utilizar o serviço e pronto (...). Não vejo essa inquietação de outros profissionais, mas vejo no Serviço Social, não de todos, mas de muitos, então isso poderia ser uma contribuição do Serviço Social... (AS 1).

Neste depoimento o AS 1, ao evidenciar as possibilidades advindas das inquietações de alguns assistentes sociais, descortina um desafio: emergência de discussões acerca dos direitos conquistados e garantidos legalmente. Ao assistente social caberia **contribuir** na construção de estratégias junto à população. Ressaltado abaixo:

...a contribuição do Serviço Social, para efetiva consolidação das políticas sociais, implica não apenas o acesso da população a bens e serviços, mas à construção de mecanismos de democratização para a definição de quais bens e serviços são necessários para serem implementados, compreendendo a dinâmica societária e estabelecendo novos mecanismos de sociabilidade e política, ou seja, como quais questões podem se materializar em novos procedimentos de ação. (SARMENTO, 2000: 108).

Trata-se de uma proposta desafiadora que requer estratégias coletivas assumidas conjuntamente entre os assistentes sociais e a população usuária. Espaços de discussões e debates como impulsionadores às ações coletivas que visam à elaboração de estratégias para a efetivação dos direitos.

A construção desses espaços possibilitaria novas relações entre o Estado e a Sociedade Civil. O AS 1 sugere propostas à prática profissional:

Acredito que nosso trabalho deveria ser mais direcionado para a efetivação dos direitos, a efetivação do que está na lei e de como se dá sua aplicação através de formação de pessoal, tanto das pessoas que trabalham no SUS, quanto dos usuários do serviço, trabalho em rede com as diferentes secretarias, Ong's e equipamentos sociais. Formulação de políticas, programas que traduzam na prática o conceito de saúde como qualidade de vida. (...) Agora, de onde devemos partir? Da própria localidade do usuário, onde estão as respostas, das próprias pessoas, das suas vivências, a princípio sem doenças. (AS 1).

O depoimento ainda evidencia, como desafio aos assistentes sociais, a construção de ações conjuntas a partir de espaços extra-institucionais, instrumentalizando os usuários com vistas à sua autonomia.

Temos a convicção de que essas ações contribuiriam na construção da cidadania, possibilitando que os direitos fossem efetivados, não apenas em seu caráter individual, mas como direitos universais. Para Demo (1995), desse modo seria possível romper com a Cidadania Tutelada passando, em alguns casos, pela Cidadania Assistida, com vistas à autonomia dos usuários.

Cabe aos assistentes sociais, assim, contribuir com a elaboração de estratégias para a construção de um Sistema de Saúde participativo, sendo disseminadores do conhecimento dos direitos à saúde e agentes propositivos à efetivação desses direitos no processo de construção, consolidação e ampliação da cidadania.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso deste estudo possibilitou-nos a percepção da relevância do trabalho científico para o desvelamento do real.

Este processo de desvelamento do real, consubstanciado no objeto da dissertação, ou seja, **análise das práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais nas Unidades de Serviços Municipais de Saúde de Sorocaba/SP e sua contribuição na efetivação dos direitos à saúde**, permitiu-nos algumas aproximações; o que não significa conclusões definitivas.

Nossa pretensão é, com isso, contribuir para adensar um debate acadêmico, como também inseri-lo no cotidiano profissional, visando à construção de estratégias profissionais que tenham como pressupostos a efetivação dos direitos à saúde dos usuários, na construção da cidadania.

A definição dos elementos constitutivos do projeto, desde a pergunta norteadora até a definição da metodologia foi pertinente para a realização da pesquisa, possibilitando-nos fundamentar a análise dos depoimentos dos assistentes sociais, sujeitos da pesquisa, na contribuição da efetivação dos direitos à saúde.

Temos a clareza nesta dissertação que elementos deixaram de ser percebidos, tanto frente à pesquisa bibliográfica, quanto durante o processo investigativo da pesquisa de campo, pelos limites do próprio pesquisador e outras dificuldades externas. Isso requer novos estudos e aprofundamentos futuros.

A constelação temática: Serviço Social, Saúde, Direitos Sociais e Cidadania, foi o cerne da fundamentação conceitual necessária á compreensão e análise dos resultados da pesquisa.

A centralidade dos resultados da pesquisa fundamentou-se na trajetória histórica do Serviço Social nas Unidades de serviços municipais de saúde de Sorocaba/ SP – desde o primeiro assistente social até os dias atuais – visando valorizar e registrar o processo de institucionalização do Serviço Social na Secretaria da Saúde.

Essa trajetória histórica permitiu reconhecer que a inserção dos assistentes sociais na área da saúde da Prefeitura Municipal de Sorocaba é um processo recente e em construção, cuja as práticas apresentam limites e possibilidades, frente ao atendimento e defesa dos direitos de saúde.

A análise da pesquisa baseou-se em três núcleos. o primeiro núcleo revelou que os assistentes sociais possuem conhecimentos acerca da política de saúde, bem como dos direitos definidos constitucionalmente, dando ênfase ao direito à informação como prioritário no processo de construção da cidadania.

Quanto ao núcleo de efetivação, os assistentes sociais buscam efetivar suas práticas na perspectiva dos direitos à saúde, a partir, sempre, do direito à informação. Essas práticas, contudo, denotam uma fragilidade face suas características focalistas e fragmentadas, com ênfase nas ações individuais, resultantes de condicionamentos externos e internos.

Dentre os condicionantes externos, ressaltam-se as características limitantes e limitadoras das políticas públicas brasileiras em relação, por exemplo, à recursos orçamentários, privilegiamento de relações clientelistas, deficiências no processo de capacitação profissional etc., o que repercute na realidade de Sorocaba, atingindo as ações dos assistentes sociais na efetivação dos direitos à saúde.

Face aos condicionantes internos, as práticas dos assistentes sociais defrontam com dificuldades advindas de um trabalho mais individual do que de equipe, que não leva a um planejamento e sistematização dos dados das intervenções do Serviço Social.

O conhecimento, pelos assistentes sociais, desses condicionantes externos e internos, conduz ao terceiro núcleo analítico, ou seja, limites e possibilidades, que

representam os desafios postos às práticas dos assistentes sociais para a efetivação dos direitos à saúde.

O primeiro desafio para os assistentes sociais é superar questões individuais na própria configuração do trabalho em equipe, para articular estratégias conjuntas que repercutam em ações coletivas junto à população usuária. Isso exige, articular tais ações refletidas e discutidas conjuntamente entre os assistentes sociais das diferentes unidades, compartilhando experiências e estabelecendo possibilidades de atuação.

Desse primeiro, decorre um segundo desafio: no sentido da necessidade de expandir as práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais nas Unidades de saúde, para outras possibilidades de atuação e saúde, em comunidades mais ampla de Sorocaba.

Um terceiro desafio é a busca coletiva de condições permanentes de qualificação profissional junto à Secretaria da Saúde do município de Sorocaba.

Permeando esses desafios foi também explicitado o desafio sempre presente dos assistentes sociais de, a luz do projeto ético-político do Serviço Social, atuar na defesa intransigente dos direitos dos usuários, embora esta tarefa não seja exclusiva dos assistentes sociais.

Aos assistentes sociais, nesta construção de cidadania cabe contribuir primordialmente com ações coletivas de mobilização social.

Ao concluir, embora os direitos à saúde, no que se refere à universalidade sejam muito recentes na realidade brasileira, a partir da Constituição de 1988, os resultados desta pesquisa demonstraram que a estruturação do SUS (Sistema Único de Saúde) em processamento é fundamental, porém, igualmente fundamental para os assistentes sociais é a apropriação pelos usuários, funcionários e a comunidade dos direitos à saúde, como um valor de cidadania, na construção de uma sociedade democrática, participativa, justa e igualitária.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ANDERSON, P. "Balanço do Neoliberalismo". In: GENTILI, P.; SADER, E. (orgs.). **Pós-neoliberalismo: As Políticas Sociais e o Estado Democrático**. 5ª ed. Rio de Janeiro, 2000.

ANDRAUS, R.M. **Olhando para o Serviço Social numa perspectiva interdisciplinar**. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 1995. (mimeo.).

BARRETO, S. A. P.; BERTANI, I. F. "Rituais do Poder nas Organizações de Saúde". In: **Serviço Social e Saúde (04)**. Campinas: UNICAMP, 2005.

BEHRING, E. R. "Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania". In **Capacitação em serviço social e política social**. Módulo 03. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

BENATTI, L. P. dos S. **A dimensão sócio-educativa da prática profissional dos assistentes sociais que atuam nas unidades básicas de saúde de São José do Rio Preto/SP (1997-2003)**. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 2004. (mimeo.).

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Hucitec, 1988.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2001.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. (tradução Carlos Nelson Coutinho). Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. (2ª reimpressão).

BONETTI, D. A. (org.) **Serviço Social e ÉTICA: um convite à nova práxis**. São Paulo, Cortez, Brasília: CFESS, 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5.10.1988

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

\_\_\_\_\_. **Modelos de atuação do Serviço Social no Campo da Saúde**. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: PUC-RJ, 1976. (mimeo.).

\_\_\_\_\_. **Questão da Saúde e Serviço Social:** as práticas profissionais e as lutas no setor. (Tese de Doutorado). São Paulo: PUC-SP, 1991. (mimeo.).

\_\_\_\_\_. & MATOS, M. C. “Reforma Sanitária e Projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate”. In: BRAVO, M. I. S. (orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo; Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

CAMILO, M. V. R. F. “Trajetória do direito à saúde: uma experiência de hospital-escola”. In: **Serviço Social & Sociedade (59)**. São Paulo: Cortez, 1999.

CAMPOS, G. W. de S. “Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde”. In: **Planejamento Sem Normas**. São Paulo: Hucitec, s/d.

\_\_\_\_\_. “Médico: herói, vilão ou um profissional em apuros”. In: **Saúde em debate**. São Paulo: Moderna, 1997. (Coleção debate na escola)

CAMPOS, J. Q. **Políticas e Sistemas de Saúde**. São Paulo: Jotace, 1993.

CARDODO, R.C.L. (org.) **A aventura antropológica:** teoria e pesquisa. 24º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil:** o longo caminho. 6ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CARVALHO, A. I. **Gestão de Saúde:** curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde – programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UNB, 1998. (Unidade I)

\_\_\_\_\_. **Gestão de Saúde:** curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde – programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UNB, 1998. (Unidade II)

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. **A saúde como direito e como serviço**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COHN, A. ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil – políticas e organização de serviços**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

COSTA, M. D. H. “O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais”. In: **Serviço Social & Sociedade (62)**. São Paulo: Cortez, 2000.

CASTEL, R. **A insegurança social: o que é ser protegido?** (Tradução de Lúcia M. E. Orth) Petrópolis/RJ: Vozes, 2005.

COUTINHO, C. N. **Contra a corrente: Ensaio sobre a democracia e socialismo.** São Paulo: Cortez, 2000.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

ELIAS, P. E. "Uma visão do SUS". In: **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema ÚNICO de Saúde.** Vol. 1. São Paulo: Atheneu, 2003.

DEMO, P. **Cidadania Tutela e Cidadania Assistida. Campinas?SP: Autores Associados, 1995.**

FARIA, M. M; JATENE, A. D. (orgs.). **Saúde e Movimentos Sociais: O SUS no Contexto da Revisão Constitucional de 1993.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995.

FERREIRA, J. P. **A prática profissional do Serviço Social na área da saúde: limites e perspectivas da divisão do serviço social médico do Instituto Central do HC/SP.** (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 1996.

FLEURY TEIXEIRA, S. (org.). **Reforma Sanitária – em busca de uma teoria.** 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

GERSCHMAN, S. (org.). **A miragem da pós modernidade: democracia e política sociais no contexto da globalização.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GOMES, R. "A análise de dados em pesquisa qualitativa". In: MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 23ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

GOUVEIA, R. **Saúde Pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde.** São Paulo: Mandacaru, 2000.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História.** 6ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V. **Projetos profissionais, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade.** (Texto base da palestra proferida sobre o tema “A política nacional de fiscalização do exercício profissional e os espaços ocupacionais: avanços e desafios no XXX Encontro Nacional” – CFESS-CRESS, BH, 2001). Rio de Janeiro: 2002.

\_\_\_\_\_ & CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 6ª ed. São Paulo: Cortez, 1988.

INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR – IDEC. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde.** Rio de Janeiro, 2003.

Legislação Brasileira para o Serviço Social: coletâneas, decretos e regulamentos para a instrumentação da (o) assistente social. SP: Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo (gestão 2005-2005)., 2004.

MANZINI-COVRE, M.L. **O que é Cidadania?** 3ª edição, 9ª reimpressão. São Paulo: Brasiliense, 2001. (Coleção Primeiros Passos, 250).

MARSIGLIA, R. G. “Os cidadãos e os loucos no Brasil”. In MARSIGLIA, R. G. (orgs.) **Saúde Mental e Cidadania.** São Paulo: Mandacaru, 1987.

\_\_\_\_\_. **Servidor, funcionário, trabalhador: interesses e culturas organizacionais no setor público de saúde.** (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 1993. (mimeo.).

MARTINELLI, M. L. “O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social”. In: **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social.** São Paulo; Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Identidade – NEPI, 1994.

MATOS, M. C. “O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90”. In: **Serviço Social & Sociedade (74).** São Paulo: Cortez, 2003.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política.** São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004. (Saúde em Debate).

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 23ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINIST. DA SAÚDE. “Lei Orgânica da Saúde”: **Lei 8.080 de 19.9.1990**. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142 de 28.12.1990**. Brasília, 1990.

MOCCIA, M. H. P. P. e S. **O direitos à saúde e a responsabilidade do Estado**. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 2005.

MORITA, I. **O profissional de Saúde e a Cidadania**: um estudo de caso no Centro de saúde Escola de Botucatu, São Paulo. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 1994. (mimeo.).

NATALINI, G. “Princípios Básicos do SUS”. In: **SUS**: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. Vol. 1. São Paulo: Atheneu, 2003.

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano**: Conhecimento e Crítica. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 1996.

NETTO, J. P. “A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente a crise contemporânea”. In **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 01. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 1999.

NEVES, N. P. **Nadir Gouveia Kfourir**: o saber e a prática do Serviço Social no Brasil – 1949/ 1960. (Tese de Doutorado). São Paulo: PUC-SP, 1990. (mimeo.).

NUNES, L. A. “Receita para um Bom Sistema de Saúde Municipal”. In: **SUS**: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. Vol. 1. São Paulo: Atheneu, 2003.

OLIVEIRA, C. A. H. da S. **A prática do Assistente Social no cotidiano institucional**: um estudo na área da saúde em Franca/SP. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 1994. (mimeo.).

OLIVEIRA, I. P. F. de. **O Assistente Social no SUS**: avaliando a formação profissional. (Dissertação de Mestrado). Campinas: PUCAMP, 2003. (mimeo.).

**PLANO** Municipal de Saúde de Sorocaba, 2000. (mimeo.).

**PLANO** Municipal de Saúde de Sorocaba, 1998. (mimeo.).

RODRIGUES, T. de F. **O discurso ético-político do Serviço Social e o exercício profissional cotidiano dos assistentes sociais: um estudo a partir da prática.** (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 1996. (mimeo.).

SANT'ANA, R. S. "O desafio da implantação do projeto ético-político do Serviço Social". In: **Serviço Social & Sociedade (62)**. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SARMENTO, E. B. de M. "Serviço Social, das tradicionais formas de regulação sociopolítica ao redimensionamento de suas funções sociais". In **Capacitação em serviço social e política social**. Módulo 04. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

SAVIANI, D. "Ética, Educação e Cidadania" (Congresso Nacional de Educação para o pensar e educação sexual). In: **Revista Brasileira de Filosofia no 1º grau (15)**. São Paulo: Philos, 2001.

SERRA, J. "As Duas Reformas da Saúde". In: **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. Vol. 1. São Paulo: Atheneu, 2003.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 22ª ed. (revista e ampliada). São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, P. C. de. **De novelo de linha à Manchester Paulista**. Sorocaba/SP: Projeto Lima, 2000.

SOUZA, R. M. S. "Controle social em saúde e cidadania". In: **Serviço Social & Sociedade (74)**. São Paulo: Cortez, 2003.

SORRENTINO, S. R. "A Saúde pede Socorro". In: **Saúde em debate**. São Paulo: Moderna, 1997. (Coleção debate na escola)

VASCONCELOS, A. M. de **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social em Hospitais: orientações básicas**. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Serviço Social – 7ª região, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva, 2001.

VICENTINO, R. L. **Gravidez em tempos de AIDS: desafio da maternidade – A vivência das gestantes com HIV atendida no Programa de Transmissão Vertical Zero no Município de Sorocaba/SP.** (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 2005. (mimeo.).

VIEIRA, L. **Os Argonautas da Cidadania: a sociedade civil na globalização.** Rio de Janeiro: Record, 2001.

VIEIRA, W. M. **A atuação do Estado na implantação do direito à saúde.** (Dissertação de Mestrado). São Paulo: PUC-SP, 2006. (mimeo.).

YASBECK, M. C. **Estudo da Evolução Histórica da Escola de Serviço Social de São Paulo no período de 1936 à 1945.** (Dissertação de Mestrado). São Paulo: 1977. (mimeo.).

\_\_\_\_\_. “O Serviço Social como especialização do trabalho coletivo” In **Capacitação em serviço social e política social.** Módulo 02. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

## **ANEXOS**

## Anexo I – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA (Perfil)

### I – PERFIL

1.1 – SEXO:    ( ) feminino                      ( ) masculino

1.2 – IDADE: \_\_\_\_\_ anos

1.3 – NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

1.4 – Caso não seja de Sorocaba, por que veio a esta cidade e quanto tempo está aqui?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.5 – Qual o local que residia? \_\_\_\_\_

1.6 – GRADUAÇÃO:

Faculdade: ( ) Pública      ( ) Privada                      Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Local/ Cidade: \_\_\_\_\_

### II – CURSOS REALIZADOS E/OU EM REALIZAÇÃO

( ) Graduação (além do S.S.) – Ano: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

( ) Aprimoramento Profissional – Ano: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Área temática: \_\_\_\_\_

#### 2.1 – Pós-graduação stricto-senso

( ) Mestrado – Ano: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Área temática: \_\_\_\_\_

( ) Doutorado – Ano: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Área temática: \_\_\_\_\_

## 2.2 – Pós-graduação *latu-senso*

( ) Especialização

1. Ano: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Área temática: \_\_\_\_\_

2. Ano: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Área temática: \_\_\_\_\_

( ) Outros/ Quais? (evidenciar o ano ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.8 – Participação em Conselho Regional de Serviço Social: ( ) Sim ( ) Não Gestão: \_\_\_\_\_

1.9 – Participação em Conselho Local e/ou Municipal. Qual? \_\_\_\_\_  
Gestão: \_\_\_\_\_

## III – EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

2.1 – Quais as experiências profissionais, como assistente social, anteriores à Prefeitura de Sorocaba?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.2 – Há quanto tempo trabalha na Prefeitura de Sorocaba? \_\_\_\_\_

2.2 – Qual a forma de ingresso? \_\_\_\_\_

2.3 – Em que unidade da saúde trabalha? \_\_\_\_\_

2.4 Há quanto tempo está nesta unidade? \_\_\_\_\_

2.5 – Já trabalhou, na Prefeitura, em outras unidades anterior a esta? Qual (is)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.6 – Em sua unidade, quais os programas e projetos que está inserido?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **IV – OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Anexo II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aceito participar da pesquisa com o título provisório de “**A práticas do serviço social na saúde na processualidade dos direitos**”, da pesquisadora Carla Agda Gonçalves, aluna do Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP.

Fui informado(a) que a pesquisa tem por objetivo: “Identificar e analisar as práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais no cotidiano dos serviços de Saúde Municipal de Sorocaba, sua contribuição na processualidade dos direitos à saúde no contexto do SUS”.

Nesta etapa, aceito participar enquanto sujeito da pesquisa, na qual será realizado um **questionário estruturado** visando contribuir com a configuração de um breve perfil dos assistentes sociais que estão atuando nos serviços de saúde municipal de Sorocaba.

Sei que tenho a liberdade de recusar a participar da pesquisa e deixa-la a qualquer momento, sem prejuízos para a minha vida pessoal e profissional.

Fui também esclarecido(a) que meu nome não será divulgado nos resultados da pesquisa e as informações que darei serão utilizadas apenas com o propósito desta.

Data: Sorocaba, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2006.

---

Assinatura do Entrevistado

---

Assinatura da Pesquisadora

## Anexo III – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### ➤ Sistema Único de Saúde

1. Quais são os princípios que fundamentam o SUS?

### ➤ Direitos

2. Esses princípios geram que direitos à saúde dos usuários?
3. Na unidade em que você trabalha, estes direitos à saúde estão sendo contemplados?

### ➤ Serviço Social

4. Na realidade em que você trabalha quais as competências e atribuições privativas do Serviço Social?
5. A partir destas competências e atribuições, quais as ações profissionais que você desenvolve?
6. Essas ações profissionais contribuem para a efetivação dos direitos à saúde dos usuários?
7. As contribuições do Serviço Social para a efetivação dos direitos à saúde estão ajudando a construir uma consciência de cidadania?
8. Quais os limites e possibilidades você vê nas ações do Serviço Social em sua unidade para a efetivação dos direitos à saúde na perspectiva da cidadania?

#### **Anexo IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Aceito participar da pesquisa com o título provisório de “**A práticas do serviço social na saúde na processualidade dos direitos**”, da pesquisadora Carla Agda Gonçalves, aluna do Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP.

Fui informado(a) que a pesquisa tem por objetivo: “Identificar e analisar as práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais no cotidiano dos serviços de Saúde Municipal de Sorocaba, sua contribuição na processualidade dos direitos à saúde no contexto do SUS”.

Nesta etapa, aceito participar enquanto sujeito da pesquisa qualitativa, na qual será realizada uma **entrevista aberta**, pautada em um roteiro orientador, a fim de alcançar os objetivos gerais e específicos propostos.

Sei que tenho a liberdade de recusar a participar da pesquisa e deixa-la a qualquer momento, sem prejuízos para a minha vida pessoal e profissional.

Fui também esclarecido(a) que meu nome não será divulgado nos resultados da pesquisa e as informações que darei serão utilizadas apenas com o propósito desta.

Data: Sorocaba, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2006.

---

Assinatura do Entrevistado

---

Assinatura da Pesquisadora