

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Centro de Filosofia e Ciências Sociais – CFCH
Escola de Serviço Social – ESS

MARIA CLARA DE OLIVEIRA CASTILHO SANTANA

**A atuação do Serviço Social na Gestão em Coordenações
de Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de
Janeiro: uma reflexão sobre a Sistematização da Prática e
o Projeto de Intervenção**

Rio de Janeiro

2022

MARIA CLARA DE OLIVEIRA CASTILHO SANTANA

**A atuação do Serviço Social na Gestão em Coordenações
de Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de
Janeiro: uma reflexão sobre a Sistematização da Prática e
o Projeto de Intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Rio de Janeiro
como pré-requisito para a obtenção do
Grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Mossicléia
Mendes da Silva

Rio de Janeiro
2022

MARIA CLARA DE OLIVEIRA CASTILHO SANTANA

**A Atuação do Serviço Social na Gestão em Coordenações
de Atenção Primária em Saúde do Município do Rio de
Janeiro: Uma Reflexão Sobre a Sistematização da Prática e
o Projeto de Intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Serviço Social da
Universidade Federal do Rio de Janeiro
como pré-requisito para a obtenção do
Grau de Bacharel em Serviço Social.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Mossicléia Mendes da Silva (Orientadora)

Prof^a. Dra. Lilian Angélica da Silva Souza

Prof. Dr. Marcos Paulo Oliveira Botelho

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente ao meu Pai, que nunca me desamparou. Dedico ao meu esposo maravilhoso, Charly. Obrigada pelo apoio e incentivo, sempre. Te amo!

AGRADECIMENTOS

Ao ver esse trabalho de conclusão de curso pronto, só consigo lembrar da célebre frase de Jean Cocteau que diz “Não sabendo que era impossível, foi lá e fez”. Foram muitos processos até chegar aqui. Tive que me redescobrir academicamente, após um longo período de pandemia de COVID-19. Se antes de tudo isso eu achava difícil concluir a faculdade, com a pandemia pareceu impossível. E foi aí que me descobri. Descobri que em meus momentos de maior fraqueza, Ele me fortaleceu – sim, Deus! Foi enfrentando o desafio de escrever esse trabalho final que percebi o quanto o caminho percorrido foi fascinante. Algo que, de início, me apavorava, ao final virou um prazer. Só consegui chegar até aqui graças ao apoio de muitas pessoas, e preciso mencionar algumas em especial.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu Deus e Pai, Aquele que sonda os meus pensamentos e está sempre por perto, ao meu lado. Obrigada por insistir em mim, por acreditar no meu potencial quando eu mesma não me achava capaz. De fato, “*todas as minhas fontes estão em Ti.*” (Salmo 87:7b – ACF).

Não tenho palavras para expressar meu amor e gratidão ao meu esposo, Charly, pela imensa paciência, companheirismo, cumplicidade... Sem você nada disso seria possível. Seu olhar cativante, suas piadas sem graça, seus abraços confortantes... Simplesmente te amo além de tudo! Durante esses meses você me viu mais nervosa e estressada do que nunca, e mesmo assim conseguiu me arrancar sorrisos! Te amo, calango!

Agradeço aos meus pais, Albenir e Leila, por todo apoio e dedicação de sempre. Graças às renúncias e esforços de vocês, cheguei até aqui.

Agradeço especialmente à minha vovó, Maria Batista, por todo suporte para a realização da faculdade, pela forma carinhosa de me incentivar a concluir essa fase. Te amo!

A UFRJ me deu uma amiga/irmã, que sempre me incentivou e tornou as manhãs de aula momentos inesquecíveis. Lorrutama, minha amiga, obrigada por tudo!

À minha orientadora e professora maravilhosa, Mossicléia Mendes. Você é uma das mulheres que me inspiram demais! Foi muito enriquecedor ter tido a oportunidade de estudar com você, e numa defesa de TCC de uma amiga, te reencontrar e poder

te convidar para me orientar. Muito obrigada pela honra de ser sua orientanda. Meu exemplo de assistente social guerreira!

Agradeço aos professores da graduação (não citarei nomes), que sempre nos instigaram a ir além. Muito obrigada pelas provocações em sala, vocês certamente estão formando assistentes sociais muitíssimo qualificados. Aos professores de Orientação e Treinamento Profissional, meu muito obrigada por nos auxiliarem nesse momento de prática, onde nos deparamos com muitas coisas novas e graças à capacidade crítica que vocês foram nos exigindo, conseguimos desvelar a realidade para além das aparências.

Meu muitíssimo obrigada às minhas supervisoras de estágio na Coordenadoria Geral da Atenção Primária 3.3 e 2.2, Débora Canedo e Márcia Martins. Vocês me mostraram o quanto nossa profissão é rica, e que a atuação profissional crítica pode transformar realidades.

Finalmente, aos que não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram com meu processo de crescimento acadêmico e profissional, meus sinceros agradecimentos!

“Cada vez que você faz uma opção está transformando sua essência em alguma coisa um pouco diferente do que era antes.”

C. S. Lewis

RESUMO

O presente estudo trata da atuação do Serviço Social inserido na gestão da política de saúde, na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e o papel do projeto de intervenção profissional, como instrumento direcionador e legitimador do trabalho profissional comprometido e alinhado aos princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social e da Reforma Sanitária. Destaca-se também o direcionamento político da atuação do assistente social pautada no projeto de intervenção profissional ou institucional e suas implicações para a população atendida. O objetivo do trabalho é pesquisar a atuação do Serviço Social nas Coordenações Atenção Primária (CAP) 3.3 e 2.2 nos Grupos Articuladores Regionais (GAR), a partir das experiências do estágio obrigatório supervisionado I, II e III, realizados entre os anos de 2018 e 2019, atentando-se aos processos de sistematização do trabalho e problematizando os desafios colocados diante da existência ou não do projeto de intervenção profissional, no contexto de desmonte das políticas sociais. A metodologia utilizada foi revisão e pesquisa bibliográfica, com ênfase nas fichas de notificação compulsória de violência, além de pesquisa em fontes primárias.

Palavras-chave: Política de Saúde, gestão, sistematização da prática profissional, projeto de intervenção, dimensão política.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AP	Área Programática
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF/1988	Constituição Federal de 1988
GAR	Grupo Articulador Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÃO SÓCIO- HISTÓRICA E DESAFIOS ATUAIS.....	14
1.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: PENSANDO SUA CONSTRUÇÃO SÓCIO- HISTÓRICA.....	14
1.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A OFENSIVA NEOLIBERAL.....	24
CAPÍTULO II – O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E SUA INTERFACE COM A SAÚDE.....	34
2.1 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: PENSANDO ESSA RELAÇÃO.....	34
2.2 O TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: A IMPORTÂNCIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	43
CAPÍTULO III – O SERVIÇO SOCIAL NA COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DAS AP. 3.3 E 2.2: LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO NA GESTÃO EM AÇÕES DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ.....	54
3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	54
3.2 O TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NOS GRUPOS ARTICULADORES REGIONAIS.....	58
3.3 SISTEMATIZAÇÃO DO TRABALHO E A DIMENSÃO POLÍTICA PROFISSIONAL: RELATO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIAS A PARTIR DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO SINAN E O PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	64
CONSIDERAÇÃO FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

INTRODUÇÃO

No ano de 2018 iniciei o estágio curricular em Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), na Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) da Área Programática (AP) 3.3, em Madureira e no ano de 2019, realizei o estágio III na CAP 2.2, na Tijuca. Em ambos os locais, fui alocada no acompanhamento das atividades realizadas pelo Grupo Articulador Regional (GAR).¹ O GAR é composto por profissionais diferentes, dentre os quais, o assistente social. Durante toda a experiência do estágio na parte da gestão, foi possível observar o quão diferente é a atuação profissional nesse espaço, pelas potencialidades e também limitações diversas postas à realização do trabalho do assistente social.

Ao realizar as aulas de Orientação e Treinamento Profissional, em todos os níveis de estágio, percebi que dificilmente haviam outros estudantes no mesmo tipo de campo de estágio que eu – na gestão –, e quando existia, ficava a sensação de que nós éramos os “peixes fora d’água” já que todos os colegas atendiam usuários diretamente, a maioria inserida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o nosso público alvo, na gestão, era outro. De fato, pensar o Serviço Social no campo da gestão é algo relativamente novo e provavelmente por esse motivo encontrei alguma dificuldade em assimilar as diferenças que encontrei, em relação aos espaços “tradicionais” de estágio dos colegas. Com o tempo, fui aprendendo a lidar com essas e outras questões e foram surgindo inquietações, principalmente em relação às ações profissionais, que na maioria das vezes pareciam apenas responder às requisições institucionais.

Foi então que passei a problematizar isso nas aulas de OTP, e me chamou atenção a forma que a dimensão política da profissão se expressa no cotidiano e a importância de se refletir sobre as ações profissionais e seus direcionamentos. Percebi, no estágio, a importância do diário de campo, onde era possível que eu colocasse minhas inquietações e reflexões, e o quanto isso era importante para meu processo de análise da realidade, porém que muitas vezes, na correria do atendimento às demandas institucionais, o esforço de sistematização era deixado para depois.

¹ Cada CAP tem um grupo desse tem um Grupo Articulador Regional (GAR).

A partir do interesse despertado nas aulas de OTP, provocações de outras disciplinas e conversas com as próprias supervisoras acadêmicas, optei por pesquisar, no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sobre a sistematização do trabalho no contexto da gestão de políticas públicas e o projeto de intervenção profissional – ou a atuação baseada no projeto institucional.

Assim, o objetivo geral deste trabalho é pesquisar a atuação do Serviço Social nas Coordenações Atenção Primária (CAP) 3.3 e 2.2 nos Grupos Articuladores Regionais (GAR), a partir das experiências do estágio obrigatório supervisionado I, II e III realizados entre os anos de 2018 e 2019, atentando-se aos processos de sistematização do trabalho e problematizando os desafios colocados diante da existência ou não do projeto de intervenção profissional no contexto de desmonte das políticas sociais.

A metodologia utilizada pautou-se em revisão bibliográfica sobre o tema, além de pesquisa documental de material primário e secundário, através de livros, artigos, a ficha de notificação compulsória e relatórios do GAR e da SMS-RJ. Os dados referentes à notificação compulsória, utilizados no trabalho, correspondem aos períodos de análise das fichas – entre janeiro e outubro de 2018 por ocasião da realização dos estágios obrigatórios I e II na CAP 3.3 – e entre janeiro e outubro de 2019 – estágio obrigatório na CAP 2.2. Sobre a ficha de notificação compulsória SINAN, é importante destacar que este é um potente instrumento institucional que permite a captação de dados referentes à casos confirmados ou de suspeita de violência, permitindo a apreensão parcial da realidade. A ficha de notificação compulsória pode se constituir como base para elaboração de um instrumento próprio do Serviço Social, propiciando a sistematização de dados e reflexão sobre o trabalho profissional realizado.

É importante destacar que os estágios foram realizados antes da pandemia COVID-19, por isso a utilização de dados “antigos”. Embora o presente trabalho tenha sido realizado em momento posterior, somente foi possível devido à obtenção desses dados no momento da realização do estágio. Toda a análise compreendida neste trabalho estende-se até o ano de 2019 (primeiro ano do governo Bolsonaro).

No primeiro capítulo, apresentaremos um histórico da Política de Saúde do Brasil, como se deu sua construção histórica, as disputas de interesses, correlação de forças das classes sociais e a reviravolta neoliberal no momento da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo capítulo trata do surgimento do Serviço Social no Brasil, a inserção da profissão no trabalho coletivo em saúde e a importância do projeto de intervenção profissional e a sistematização do trabalho como instrumento legitimador da profissão.

No terceiro capítulo é apresentada a atuação do Serviço Social nas CAP, sua inserção no GAR e os limites e possibilidades da profissão no contexto da gestão, destacando o projeto de intervenção profissional (se existir) e as demandas institucionais.

Por último, na conclusão, realizaremos uma reflexão sobre a sistematização do trabalho, o projeto de intervenção profissional e o contexto atual de desmonte das políticas sociais públicas.

CAPÍTULO I – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA E DESAFIOS ATUAIS

1.1 Política de Saúde no Brasil: Pensando sua construção sócio-histórica

Para discutir a situação da Política de Saúde no Brasil, é necessário fazer um resgate histórico de como eram tratadas questões relacionadas à saúde da população, qual era a concepção de saúde existente, questões políticas e interesses em disputa na sociedade brasileira. Será possível perceber formas de ação que se atualizam e se recolocam nos dias atuais, onde o acesso e a qualidade dos serviços de saúde é permeado pelas disputas das classes sociais que compõem a correlação de forças no âmbito do Estado.

As formas de enfrentamento conferidas às questões de saúde no Brasil sofreram modificações ao longo do tempo. No período Colonial, por exemplo, aqueles que necessitavam de tratamento e tinham condições financeiras para isso, recorriam a médicos particulares. As Santas Casas de Misericórdia ofereciam tratamento aos necessitados, porém não eram muito eficazes. A maioria da população não tinha acesso a um tratamento de saúde adequado, além das péssimas condições de moradia e alimentação.

A partir do século XIX, se iniciam algumas ações no campo da saúde pública, como campanhas para combates a epidemias (de forma limitada). As ações de saúde tinham foco no indivíduo que portava a doença. No final do século XIX e início do século XX, ocorreu grande aumento na emigração europeia para o Brasil e as péssimas condições sanitárias do país na época lhe conferiam uma imagem ruim no exterior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Ao longo dos primeiros anos do século XX ocorrem mudanças significativas no enfrentamento às questões de saúde, como a execução de reformas visando a “higienização urbana” - por exemplo, a reforma Pereira Passos, que destruiu cortiços e habitações consideradas insalubres; além disso, começaram expedições sanitárias avançando para o meio rural, visando o enfrentamento às epidemias da época (IDEM, 2005).

Com as crescentes necessidades de saúde geradas pelo desenvolvimento capitalista visando a manutenção da força de trabalho saudável, o Estado Republicano precisou montar uma estrutura sanitária para atender essas demandas,

adotando ações governamentais mais abrangentes e com bases mais científicas. Essas iniciativas em saúde se aprofundam especificamente a partir de 1930 (IDEM, 2005).

O desenvolvimento da Medicina Higienista passou a ganhar destaque no mundo, inclusive no Brasil, colocando na pauta das ações públicas a questão do planejamento urbano. O saneamento foi a solução encontrada para mudar a imagem do Brasil e remover o medo de contaminação ao chegar no país. Tinha por objetivo a criação de condições mínimas indispensáveis para relações comerciais com o exterior e política de imigração, garantindo a expansão do capitalismo no país.

No ano de 1923 é promulgada a Lei Elói Chaves, que institui o Sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Eram organizadas por empresas e só os grandes estabelecimentos tinham condições disso, gerando uma fragmentação por categorias profissionais. A vinculação às CAPs garantia aos trabalhadores o acesso aos serviços de saúde, além de diversos serviços e benefícios previdenciários. A população que não tinha acesso à CAPs era atendida nos serviços públicos de saúde, serviços beneficentes e profissionais liberais.

É importante lembrar que, nesse momento, o Brasil era um país de base majoritariamente agroexportadora, sendo por isso as primeiras categorias profissionais a serem beneficiadas com os serviços das CAPs as diretamente relacionadas às principais atividades econômicas (BEHRING, 2011). Conforme Bravo (2009), inicialmente, as categorias profissionais que tinham acesso a esses serviços eram os ferroviários (1923) e trabalhadores do porto - estivadores e marítimos (1926). O restante dos trabalhadores somente teve acesso às CAPs a partir de 1930. Em relação aos serviços e benefícios oferecidos pelas CAPs, a autora faz o seguinte destaque:

Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral (BRAVO, 2009a. p.90).

Havia diferenças entre as diversas CAPs, tanto em relação aos serviços de saúde oferecidos quanto à qualidade dos mesmos. Os usuários das CAPs tinham acesso a serviços e tratamentos de saúde distintos baseados na contribuição financeira de cada categoria profissional. A lógica orientadora das CAPs era baseada

no modelo bismarckiano, funcionando como uma espécie de seguro social, onde os beneficiários eram os trabalhadores de determinados setores da sociedade. Conforme Boschetti (2009, p.3), este “É um tipo de proteção limitada, que garante direitos apenas àquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho ou que contribui mensalmente como autônomo ou segurado especial à seguridade social.”

É possível perceber, através da dinâmica de acesso aos serviços das CAPs, principalmente no que se refere à saúde, a centralidade do trabalho. Em suma, quem poderia acessar os serviços de medicina e assistência à saúde eram os trabalhadores formais de certas categorias vinculados às CAPs, sendo o fator emprego formal determinante. Sobre isso, destaca Hamilton & Fonseca,

O caráter fragmentário e corporativo da previdência social, ao vincular a prestação de serviços médicos e assistenciais à contribuição trabalhista regulamentada, excluía boa parte da população brasileira dos benefícios do sistema. Além disso, a oferta da rede previdenciária de assistência médica e social não se estendia a grande parte das zonas rurais do país, uma vez que essas áreas eram fortemente marcadas por relações trabalhistas bastante precárias do ponto de vista legal (HAMILTON & FONSECA, 2003 *apud* PONTES, 2010, p.119).

Nesse período, ocorreu um avanço no processo de industrialização do país, permitindo grande avanço das forças produtivas. O processo de expansão e desenvolvimento capitalista ocasionou concomitantemente o aprofundamento das desigualdades sociais caracterizadas como questão social², como a precarização das condições gerais de vida da população. O Estado passa a ter seu papel redefinido em função da necessidade da regulamentação das relações capital e trabalho para viabilizar o desenvolvimento capitalista no Brasil, o que demandou o surgimento das políticas sociais como forma de enfrentamento à questão social, atendendo algumas das reivindicações dos trabalhadores. Essas respostas aconteciam de forma orgânica e sistemática. Havia, contudo, necessidade de tornar essas questões em problemas políticos, passíveis da intervenção estatal (BRAVO, 2009a).

Conforme mencionado, as CAPs, criadas em 1923 através da Lei Elói Chaves, permitiram o acesso de algumas categorias de trabalhadores a serviços previdenciários e atendimentos em saúde, porém eram restritos a trabalhadores de setores específicos. Apenas a partir da década de 1930, com a criação dos Institutos

² Conforme Iamamoto (1998, p.27) “A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

de Aposentadorias e Pensões (IAP), foi possível ampliar o acesso às demais categorias profissionais a serviços de saúde, surgindo neste momento a medicina previdenciária. De acordo com Bravo (2009a), os IAP tinham orientação contencionista, isto é, a preocupação maior da previdência era com a contribuição financeira recebida pelo recente afluxo de novos beneficiários e menos pelo aumento de serviços prestados.

Nesse período, a então Política de Saúde se organiza e se divide em dois setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Conforme Bravo,

O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2009a. p.91).

A divisão da saúde nesse período em dois subsetores se expressa institucionalmente: O Ministério da Saúde e Educação se encarrega pelas ações em Saúde Pública e o Ministério do Trabalho, Comércio e Indústria se encarrega da Medicina Previdenciária. Além da divisão institucional, havia divisão em relação ao próprio atendimento: não existia a questão da integralidade. O Ministério da Saúde e Educação passa a ter caráter principalmente preventivo e desenvolve campanhas sanitárias. O Ministério do Trabalho, Comércio e Indústria instaurava políticas, ações e medidas no campo das ações curativas e voltadas ao atendimento individual de caráter curativo.

Ainda de acordo com Bravo (2009a), as principais ações em saúde pública nas décadas de 1930 e 1940 eram caracterizadas pela ênfase em campanhas sanitárias, coordenação dos serviços estaduais de saúde, interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, criação de serviços específicos de combate às endemias e reorganização do Departamento Nacional de Saúde. Segundo Pontes,

[...] a área de saúde pública concentrou cada vez mais suas ações em regiões periféricas ou distantes dos grandes centros urbanos, e apesar de permanecer como área de interesse do governo federal, viu reduzida sua presença no noticiário, bem como seu poder de pressão política sobre a estrutura estatal. Por outro lado, na década de 1930, a base tributária do Estado brasileiro ainda era pequena para suportar a necessária ampliação de suas atribuições e de seu alcance em termos geográficos e populacionais (PONTES, 2010, p. 119).

Vale destacar que os IAP eram separados por categoria profissional e havia forte participação sindical exercendo pressão em relação aos serviços prestados por cada instituto. Os sindicatos exerciam pressão não apenas em relação à saúde, mas

em muitas outras questões que assolavam a sociedade da época, reivindicando melhores condições de vida e trabalho. O aumento da cobertura previdenciária acabou por fortalecer ainda mais a medicina previdenciária, que abarcava interesses dos grandes sindicatos, partidos políticos, empresários e toda uma máquina burocrática interessada em gerir os recursos da Previdência. Passava-se a priorizar cada vez mais o atendimento individualizado e curativo oferecido pelos IAP (PONTES, 2010).

O período do segundo pós-guerra foi caracterizado por grandes avanços em tecnologias usadas na medicina, o que tornou os custos da medicina mais elevados e redução da autonomia do médico como profissional liberal, fomentando a formação de grupos empresariais de saúde. Assim sendo, “[...] o consultório cedeu lugar ao hospital, elevado à categoria de centro do sistema. A medicina previdenciária caracterizava-se, assim, como essencialmente hospitalar, curativa e empresarial” (PONTES, 2010, p.120). A partir dos anos 1950, é possível observar que já havia toda uma rede estruturada de atendimento hospitalar de natureza privada com fins lucrativos. Apesar disso, o atendimento médico previdenciário continuou sendo oferecido pelos IAP até 1964, quando ocorreu então o “privilegiamento do produtor privado” de serviços de saúde (BRAVO, 2009a).

Desde o início do século XX, ocorreram diversas tentativas de criação de um ministério específico para a saúde, porém os interesses envolvidos – principalmente em relação às grandes oligarquias rurais e possibilidade de interferência do Governo Federal como ameaça a autonomia dos Estados – fez com que a proposta de criação do Ministério da Saúde somente se concretizasse em 1953. Assim, temos a criação do Ministério da Saúde, que antes estava incorporado ao Ministério da Educação. Apesar de ser uma grande conquista, a criação do novo ministério foi resultado de um jogo de interesses político-partidários, sendo sua razão de existir – a saúde da população – relegada a segundo plano (HAMILTON, 2003).

O período que compreende a ditadura militar apresenta uma forma peculiar do governo lidar com o enfrentamento da questão social, utilizando-se, nos termos de Bravo (2009a), do “binômio repressão-assistência”. Entre os anos de 1964 e 1974, a política assistencial brasileira se expandiu, modernizou e burocratizou, visando conferir ao regime ditatorial legitimidade política diante da população, ao mesmo tempo que conseguiu aumentar seu poder de regulação sobre a sociedade e suavizar tensões sociais, configurando a contradição de comportar uma relativa expansão dos

direitos sociais, num contexto de supressão dos direitos civis e políticos. As políticas sociais aqui também serviram de importante mecanismo de acumulação de capitais, como veremos a seguir. Conforme Behring (2011),

[...] no mesmo passo em que se impulsionam políticas públicas mesmo restritas quanto ao acesso, como estratégia de busca de legitimidade, a ditadura militar abria espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, configurando um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e para quem não pode pagar (BEHRING, 2011, p.137).

Por volta da segunda metade da década de 1960, ocorre o crescimento e fortalecimento da medicina previdenciária e o enfraquecimento da saúde pública. No ano de 1966 é realizada uma grande reforma que unifica todos os IAP num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social. Essa junção aumentou o papel interventivo do Estado e retirou a participação dos trabalhadores das decisões previdenciárias (BRAVO, 2009a). No ano de 1977 ocorre a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que unificou a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários.

O fortalecimento da medicina previdenciária se expressa com o que Bravo (2009a) chama de “modelo de privilegiamento do produtor privado” dos serviços de saúde. Em 1973, a extensão da cobertura previdenciária passa a abranger quase a totalidade da população urbana. O foco na saúde consistia na prática médica curativa, individualizada, assistencial e especializada, característica da assistência previdenciária e que se ajustava perfeitamente aos interesses internacionais, favorecendo indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares. A prática médica era orientada para o lucro, proporcionando a capitalização da medicina. Além disso, os serviços eram prestados de acordo com o quanto o cliente poderia pagar, sendo os atendimentos diferenciados em relação à clientela. Ao longo da década de 1970, a política de saúde é cravejada de “tensões entre a ampliação de serviços, disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário” (BRAVO, 2009a, p.95).

Apesar do avanço da medicina previdenciária, o setor de saúde pública passa a retomar seus trabalhos, realizando diversas campanhas de interiorização dos serviços de saúde, estabelecendo estruturas básicas de saúde pública e aumentando sua cobertura, o que gerou o acirramento das visões distintas de saúde dos dois modelos, demonstrando a existência de distintos projetos para o campo da saúde. As

demandas sociais estavam crescendo e o governo ditatorial perdendo legitimidade. As contradições de classe passaram a se evidenciar dentro do governo, através da divisão interna da burocracia, havendo setores voltados aos interesses do empresariais do Estado e setores voltados para o enfrentamento da questão social (BRAVO,2011).

O período compreendido entre 1974 e 1979 é caracterizado por uma série de acontecimentos, como o retorno dos movimentos operário e popular em prol de mudanças na sociedade; e também, o

[...] aprofundamento da dívida externa; a elevação da taxa inflacionária; a recessão econômica, que tornou aguda a situação de desemprego e ampliou o processo de pauperização das classes trabalhadoras, com o crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por doenças infecciosas (BRAVO, 2011).

O fim do AI-5³ representa o grande marco do processo de distensão política da ditadura militar. A partir de 1973, a classe operária brasileira começa a despontar como novo ator político, ganhando cada vez mais força social e política. Conforme Bravo (2011), toda essa efervescência política e social

[...] contribuiu para o fortalecimento da sociedade civil e para a ampliação do processo de negociação dos movimentos com o Estado, na defesa dos direitos mínimos de cidadania. O Estado se viu obrigado a alargar as políticas sociais em face das demandas, que se multiplicavam em decorrência do nível de pauperização (absoluta e/ou relativa) das classes trabalhadoras e consequente espoliação urbana (BRAVO, 2011, p.69).

O Movimento Sanitário (ou de Reforma Sanitária) surge em meados da década de 1970, sendo formado por diversos profissionais comprometidos com a saúde pública, buscando melhorias efetivas nas condições de vida da população. Este grupo teve apoio de diversos segmentos da sociedade no processo de redemocratização do país via Assembleia Constituinte.

A partir de 1979 ocorre grande mobilização dos profissionais de saúde em torno de interesses coletivos. Além disso, a força dos sindicatos na luta por melhores condições de vida e trabalho também se amplia, abarcando inclusive questões referentes à saúde, levantando “bandeiras contrárias à mercantilização da atenção médica, à exploração do trabalho do profissional assalariado, à política de saúde e ao autoritarismo e ao modelo econômico vigente” (BRAVO, 2011, p.86).

³ O Ato Institucional nº 5 (AI-5) foi considerado o ato mais agressivo e autoritário do regime militar, concedendo ao presidente da República poderes ilimitados; permitiu a intervenção em Estados e municípios sem as limitações constitucionais; suspensão de direitos políticos de qualquer cidadão pelo prazo de dez anos; cassação de mandatos federais, estaduais e municipais além de outras medidas (Jornal da USP).

A forte movimentação social e política no período em prol de melhores condições de vida, conforme Bravo,

[...] se ampliou e diversos movimentos se destacaram: os movimentos de bairro de periferia urbana e favelas, na luta por saneamento, água, luz, transporte e postos de saúde; os movimentos de bairro de “classe média”, visando a melhoria dos serviços de saúde e alteração das políticas do setor; o movimento político dos partidos oposicionistas, com propostas alternativas de política de saúde, enfatizando o setor público e a promoção da saúde; os movimentos desencadeados pelas comunidades eclesiais de base, visando mobilizar e organizar a população em torno de suas questões concretas de vida, passando por lutas específicas na esfera da saúde e o movimento sindical que, a partir de sua reorganização, enfrentou a grave situação de saúde dos trabalhadores, colocando na pauta de reivindicações essa questão (BRAVO, 2011, p. 87).

Esse contexto de luta e insatisfação generalizada da população em relação às condições de vida e principalmente de saúde foi sendo construído gradativamente, resultando de reivindicações de médicos e sanitaristas que desde a década de 1930 lutavam por uma política de saúde pública coletiva e preventiva. Esses movimentos se fortalecem e levam o debate sobre saúde para todos os setores da sociedade. Conforme Bravo, “a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2011, p.93). Profissionais de saúde, o movimento sanitário, partidos políticos de oposição e movimentos sociais se articularam em torno desta luta mais ampla, fomentando debates no Congresso sobre a política de Saúde, articulação com outras entidades da sociedade civil, além do fortalecimento do setor público.

No início da década de 1980, o sistema previdenciário entra em crise sendo as principais causas os problemas de arrecadação e o aumento da população coberta pelo sistema, além da gestão dos serviços estar voltada para a lucratividade. Em 1983, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária cria uma série de iniciativas, chamadas “Ações Integradas de Saúde”, para melhorar o atendimento em saúde, pautadas nos princípios do direito universal à saúde; fortalecimento e priorização dos serviços de atenção primária à saúde visando a prevenção; descentralização e democratização de decisões referentes à esta política (BRAVO,2011).

Os anos de 1985 a 1990 são caracterizados pela movimentação em torno da Assembleia Constituinte, que definiria os princípios políticos e formas de organização do Estado neste período de transição à democracia. Todo esse processo provocou a articulação da sociedade, que se posicionou, ainda que de forma precária, sobre

diversos aspectos. Os debates em relação à Política de Saúde, envolvendo a sociedade, levaram a avanços significativos no V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em Brasília, 1984. Entre os princípios norteadores da política estavam:

A saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; a melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida; a redefinição das políticas para o setor exige um profundo debate e a participação popular (REVISTA SAÚDE EM DEBATE *apud* BRAVO, 2011, p. 107).

No efervescente período da Nova República, forças progressistas conseguiram algum poder na área da saúde; além disso, atores relevantes do movimento sanitário conseguiram ocupar cargos de destaque em ministérios, o que representou uma força maior no processo de reivindicações na elaboração da nova Constituição pós-ditadura, buscando a inclusão de avanços e melhorias na condição de vida da população. A presença progressista na correlação de forças políticas fez oposição às propostas do grupo privatizante. O então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) concentrava a maior parte dos recursos obtidos das contribuições previdenciárias, sendo este setor ocupado em sua maioria pelo grupo privatista. O Ministério da Saúde, por sua vez, era subordinado ao MPAS e não tinha tantos recursos quanto o primeiro, sendo este setor de hegemonia dos sanitaristas.

Havia basicamente três concepções distintas de política de saúde em disputa: a primeira, mais conservadora, defendida pelos empresários hospitalares e de insumos, defendia a compra de serviços de saúde do setor privado pelo governo; a segunda proposta, de cunho modernizante e privatista, defendida por grupos multinacionais da saúde, buscava maior autonomia concorrencial entre os prestadores de serviços de saúde e que o Estado se responsabilizasse pelo atendimento do público não rentável aos interesses privados; a terceira proposta, defendida por técnicos progressistas e movimentos populares, e que ficou conhecida como Reforma Sanitária, concebia a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, sendo o setor privado complementar ao Estado (BRAVO, 2011).

Em março de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em Brasília. Os principais temas abordados foram a saúde como direito de cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. A VIII CNS representou um marco na história da política de saúde do país, uma vez que conseguiu reunir cerca de 4.500 pessoas para debater saúde. Representantes dos

setores empresariais não quiseram participar do evento, como forma de protesto em relação à concepção de saúde adotada. O debate sobre saúde saiu de fóruns específicos de categorias profissionais da área e englobou setores da sociedade, como moradores, partidos políticos, sindicatos, associações profissionais e o parlamento. As reivindicações iam para além de mudanças no sistema de saúde, propondo a Reforma Sanitária.

Na VIII CNS, a saúde foi entendida de forma mais ampla, sendo considerada como

[...]resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato, define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (RELATÓRIO FINAL DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE *apud* BRAVO, 2011, p. 111).

Após a realização da VIII CNS, outros eventos ocorreram, debatendo temas específicos como saúde mental, do trabalhador, da mulher, entre outros. Criou-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) que contava com a participação de representantes do setor privado, fazendo oposição às propostas do movimento sanitário. A principal questão era sobre privatização ou estatização. Como a intenção da CNRS era a busca do consenso entre os integrantes da comissão e as propostas apresentadas na VIII CNS eram extremamente progressistas, as posições defendidas na Conferência não foram viabilizadas em sua totalidade, tendo que se adequar (BRAVO, 2011).

O governo passou a inserir algumas deliberações advindas da VIII CNS na política de saúde, incluindo nas ações de saúde medidas do campo da habitação, saneamento, alimentação, o que levou a melhorias nos indicadores de mortalidade e morbidade no país. No ano de 1987 é aprovada a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) visando a continuidade da implementação das mudanças iniciadas, além da realização de reforma administrativa. Nesta reforma, o INAMPS deixou de atuar na prestação de serviços de saúde – tanto de forma direta quanto indireta. Este processo ocorreu de forma a transferir gradualmente as atribuições na prestação dos serviços de saúde para os governos estaduais e municipais, além de repassar os recursos da previdência a outros níveis de governo.

O processo de implementação do SUDS foi um avanço, porém a descentralização preconizada pelo novo sistema foi implementada sem que houvesse condições adequadas para seu funcionamento ideal. A municipalização e estadualização dos serviços de saúde ocorre sem ter um comando único federal, impossibilitando a condução técnica e administrativa do processo. Além disso, o repasse de verbas era realizado sem possibilidade de controle já que não havia sido realizada a reforma tributária, fazendo com que a alocação dos recursos destinados à saúde não fosse fiscalizada adequadamente (BRAVO, 2011).

A forma como se inicia o SUDS, sua condução, a não preocupação com condições objetivas de realização do novo sistema de saúde, com perspectiva cidadã e universal apenas evidencia a eterna disputa entre as forças progressistas e as de interesse privatista. Discutiremos a seguir sobre a correlação de forças na formulação da nova Constituição e como se comporta a política social, com destaque para a política de saúde, no neoliberalismo.

1.2 A Constituição Federal de 1988 e a ofensiva Neoliberal

Desde o período de transição democrática, era possível observar duas posições diferentes em relação à condução político-governamental do país: de continuidade e de mudança. Obviamente, a perspectiva de continuidade era defendida por setores conservadores e a de mudança pelos segmentos mais progressistas da sociedade, incluindo os movimentos sociais - dentre eles o Movimento Sanitário.

Uma das estratégias do Movimento Sanitário, visando mudanças na condução das políticas no país, principalmente da política de saúde, era a inserção de membros do movimento em cargos importantes de grandes ministérios. Era possível observar a presença de integrantes do Movimento Sanitário em cargos do Ministério da Saúde e na Previdência, onde havia predominância da direção conservadora. A partir de 1988, há predominância da tendência de continuidade na condução das questões políticas do país. Devido a pressões da sociedade e alterações na correlação de forças, o Movimento Sanitário teve que “canalizar suas lutas para outros fóruns, como o Processo Constituinte e a Plenária das Entidades de Saúde na Constituinte” (BRAVO, 2011, p.114).

O processo de criação da nova Constituição foi inovador: com a instalação da Assembleia Nacional Constituinte, foram criadas várias subcomissões de trabalho, que ouviram a sociedade e formularam propostas de intervenção. De início, a saúde ficou alocada numa subcomissão enorme, incluindo a cultura, lazer e educação. Só essa alocação aparentemente despreziosa já demonstrava o descaso com o assunto. Após mobilização das forças de saúde, através de partidos e entidades, foi criada uma emenda que criou uma subcomissão própria para a saúde, seguridade e meio ambiente.

Os debates sobre a política de saúde, realizados pela subcomissão, foram pautados nas orientações da VIII CNS. Como estas orientações eram de cunho progressista, houve sérios embates entre os grupos de interesses empresariais, tendo como principal liderança a Federação Brasileira de Hospitais e a Associação de Indústrias Farmacêuticas – setor privado e multinacionais – e o bloco a favor da Reforma Sanitária, representado pela Plenária Nacional da Saúde na Constituinte. Mais do que a defesa de uma forma de política de saúde, cada grupo defendia um projeto específico de sociedade.

Os dois projetos possuem propostas antagônicas, tendo o grupo empresarial um projeto privatista, onde o mercado atua como agente regulador e a lucratividade é o alvo; defendem a mínima interferência do Estado na economia e na sociedade e a mercantilização de bens públicos – inclusive a saúde; defendem a descentralização no sentido da livre concorrência, aumentando a competitividade entre os prestadores de serviços; é pautado na política do ajuste neoliberal, sendo este projeto hegemônico a partir da segunda metade da década de 1990. Busca a redução de gastos e racionalização da oferta; apresenta caráter focalizado para atender populações vulneráveis; possui concepções individualistas e fragmentadas da realidade. Já o projeto da Reforma Sanitária defende a descentralização como forma de transferência decisória para estados e municípios; ao contrário do projeto privatista, busca assegurar a responsabilização do Estado para que este atue em função da sociedade com políticas sociais, pautado numa concepção coletiva e universal (BRAVO, 2009b).

Apesar das dificuldades, o setor progressista conseguiu inserir suas pautas na Constituinte graças à “capacidade de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão da sociedade sobre os constituintes; a mobilização da sociedade em torno do processo constitucional” (BRAVO, 2011, p.115). O texto aprovado com relação à saúde “atende em grande parte às

reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica” (IDEM, 2011, p.115).

Os principais avanços e inovações em relação a saúde na nova Constituição foram: a definição da saúde como um direito universal e dever do Estado; responsabilização do poder público quanto a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde; criação do Sistema Único de Saúde (SUS), unindo os serviços de saúde numa ampla rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada, com atendimento integral e participação da comunidade; limitação da participação do setor privado no sistema de saúde, que deveria ocorrer de forma complementar, sendo priorizadas as entidades filantrópicas (BRAVO, 2011).

No final da década de 1980, havia muitas dúvidas quanto à aplicabilidade das medidas propostas pela Reforma Sanitária e sobre a efetivação do texto constitucional em relação à saúde. O apoio popular ao movimento sanitário foi gradativamente enfraquecido por não ter ocorrido mudanças significativas na saúde após a promulgação da nova Constituição, já que as medidas adotadas somente foram operacionalizadas no início da década de 1990, momento da ascensão neoliberal no Brasil. Conforme Bravo (2009b), as principais dúvidas em relação à implementação do projeto da Reforma Sanitária eram fundamentadas em razão da fragilidade das medidas reformadoras, uma vez que foi traçado um percurso de política de saúde baseado numa visão progressista, mas não foi definida a forma legal de execução. No final da década, os setores conservadores ganharam força.

[...] o processo de legislação do setor não foi acompanhado pela efetivação da política, criando-se uma situação *sui generis* como a de se ter apenas conseguido contemplar na Constituição o modelo de saúde a ser aplicado no País, sem as condições políticas necessárias para efetivá-lo. Desse modo, a Reforma Sanitária foi definida no plano legal sem que isso revertesse em melhor atendimento, prevenção ou condições de saúde da população (GERSCHMAN, 2004, p.181).

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) estabelece o Sistema de Seguridade Social como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194, *caput*). Esse sistema mescla ações distributivas - como a saúde e a assistência social – com contributivas – da previdência. Apesar do texto constitucional primar pela articulação das políticas de saúde, assistência e previdência, isso não ocorre de fato. As três políticas são concebidas de forma separada, sendo inclusive alocadas em ministérios próprios, geridas de forma

desarticulada. Os recursos da Seguridade Social se concentravam no Ministério da Previdência, que era responsável pela arrecadação e fiscalização dos mesmos. Isso fez com que as políticas distributivas, como saúde e assistência ficassem em situação precária de recursos (PEREIRA, 2009).

O orçamento da política de saúde foi inicialmente definido no artigo 55 do Ato das Disposições Transitórias da Constituição Federal de 1988, que enquanto não fosse aprovada a Lei Orçamentária da Saúde (LOS), no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) seria destinado à saúde. Até o ano de 1990, a saúde conseguia receitas regulares, porém após a aprovação da LOS, que não definiu os valores que deveriam ser repassados, os recursos foram reduzindo. O próprio OSS sofria desvios, seja pelo uso do montante em áreas distintas, seja pela sonegação de impostos de empresas ou pelo aumento da economia informal.

Com efeito, já no início dos anos 1990, o SUS sofreu um considerável desfalque nas suas receitas ao ter grande parte delas usada indevidamente. Pelo menos três grandes sangrias podem ser apontadas: o pagamento de encargos previdenciários com recursos da Seguridade; a retenção dos repasses das contribuições sociais que financiavam o Sistema (Finsocial, contribuição sobre o lucro, PIS-Pasep) pelo Tesouro Nacional (Azevedo, *apud* Fagnani, 1997, 88); e o reajuste dos benefícios previdenciários dos aposentados em 147%, por ordem judicial (PEREIRA, 2009, p. 46-47).

A implementação do SUS foi dificultada pela resistência conservadora de várias formas. A proposta de descentralização do SUS foi atacada através da não extinção do INAMPS - prevista na reforma administrativa do Ministério da Saúde, mas que só foi efetivada um ano depois – e a recentralização dos pagamentos referentes à saúde nesse instituto. Houve resistências de vários órgãos ao processo de municipalização. Havia muita resistência para que estados e municípios atuassem como gestores da política de saúde, de forma descentralizada, saindo da função de meros prestadores de serviços. O Ministério da Fazenda efetuava expressivos cortes na política de saúde, levando ao desfinanciamento progressivo da mesma. Conforme Pereira (2009, p.50), “[...] a saúde, assim como a assistência social, viu-se à míngua de recursos financeiros, já que, por não ser contributiva, ficou impedida de usufruir da contribuição de empregadores e trabalhadores, que passou a ser exclusiva da previdência.” Assim, há um fortalecimento da concepção de seguridade relacionada à lógica do seguro (bismarckiana) em detrimento da proposta constitucional, que busca a perspectiva cidadã (beverdigiana).

O período compreendido entre os anos de 1987 e 1990 é caracterizado como de formação de uma série de resistências às propostas inovadoras e progressistas

das políticas sociais. Essa resistência se deu de várias formas, com destaque para o privilegiamento do assistencialismo e clientelismo, pela realização de ações através de convênios diretos do governo e entidades privadas; o enfraquecimento das propostas reformistas pela lentidão do governo em decidir pautas ou simplesmente pelo descumprimento da Constituição e o ataque ao orçamento da área social sob alegação dos altos custos. Formava-se uma barreira à implementação dos avanços progressistas da nova Constituição somado a fatores como alta inflação, um governo conservador e direcionado na perspectiva neoliberal, além da crise do setor público. Temos o terreno ideal para a implementação perversa da política neoliberal (PEREIRA, 2009).

A década de 1990 inaugurou um novo período “democrático”. Nesse momento também ocorre a implementação da política de ajuste neoliberal. A eleição de um presidente afinado com o projeto neoliberal, Fernando Collor, serviu para mudar os rumos progressistas e as tendências universalistas e de expansão dos direitos impressas na CF/1988. As propostas de projetos para votação apresentadas pelos setores progressistas, em especial na política de saúde, eram rebatidas através de decretos e publicações, quando não eram vetadas parcial ou integralmente. O governo assumia claramente a posição conservadora diante das possibilidades de mudanças que a nova constituição poderia trazer, tendo implementado apenas o que era estritamente necessário. Mesmo assim, muitas resoluções adotadas e aprovadas em plenário, na hora de sua execução, não tinham sua forma de operacionalização definida, sendo necessária a criação de lei complementar. Quando essas leis complementares eram criadas, já incluíam alterações que muitas vezes modificavam seu caráter inicial (GERSCHMAN, 2004).

Em 1998 é realizada a primeira contrarreforma da Previdência Social do período neoliberal, de forma a desvinculá-la da Seguridade Social. A nova orientação do Estado a partir da pragmática neoliberalizante busca a eficiência, a redução de custos e o aumento de produtividade, além da transferência para a esfera privada de atribuições que anteriormente lhe cabiam, referentes ao desenvolvimento social e econômico da sociedade. A virada neoliberal efetuiu a redução dos direitos sociais e trabalhistas, aumentando e muito a precarização do trabalho. Iniciou-se o desmonte da previdência pública, além do sucateamento da saúde e educação. É formada uma frente contra os avanços propostos na Constituição de 1988, onde as ações no campo

da seguridade social iam contra a velha política clientelista e assistencialista (PEREIRA, 2009).

A ofensiva neoliberal na saúde buscou a desconstrução da política progressista criada na década de 1980, fruto de intensa articulação e mobilização popular, tendo por base o projeto privatista. A saúde fica vinculada ao mercado, fortalecendo-se as parcerias com a chamada sociedade civil e desresponsabilização do Estado. As tendências à refilantropização são acentuadas, apelando-se aos “bons sentimentos da sociedade” na busca do cuidado com o outro e redução dos custos sociais aos cofres públicos. Durante o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso, ocorreu a “Reforma⁴” do Estado que confere um novo significado ao que é “público”: ao invés da antiga concepção em que o “público” é de todos, sendo responsabilidade tanto do Estado quanto da sociedade atuar visando o interesse comum, o novo significado atribui ao termo o caráter “não-estatal”, e em relação às políticas públicas, retira do Estado esta responsabilidade. Nesse momento surgem as chamadas Organizações Públicas não Estatais ou Organizações Sociais⁵ (OS), que seriam instâncias com a lógica e racionalidade necessária para superar a ineficiência do Estado na gestão das políticas sociais, conforme a narrativa neoliberal. Abre-se aqui a grande possibilidade para a expansão da iniciativa privada nas políticas sociais (PEREIRA, 2009).

Os novos modelos de gestão se instalam sob o argumento da ineficiência da administração estatal, visando melhorar os serviços e racionalizar custos, justificando a contrarreforma do Estado. Essas contrarreformas são direcionadas por organismos multilaterais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, redimensionando ações nas políticas sociais conferindo ênfase focalista, assistencial e privatista.

Destaca-se que o processo de contrarreforma do Estado Brasileiro atende aos interesses do grande capital no atual contexto de crise contemporânea, em que o Estado por meio dos ajustes neoliberais têm alimentado o processo de financeirização do capital, seja com o desvio do orçamento da seguridade social para o pagamento da dívida pública através da Desvinculação das

⁴ “Embora o termo reforma tenha sido largamente utilizado pelo projeto em curso no país nos anos 1990 para se autodesignar, partimos da perspectiva de que se esteve diante de uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista, a qual é destituída de seu conteúdo redistributivo de viés social-democrata, sendo submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sócio-histórica” (BEHRING, 2011, p.149). O termo reforma faz referência às lutas da classe trabalhadora por melhores condições de vida e direitos, sendo utilizado pela política neoliberal para referir-se ao contrário: à mudanças que resultam na retirada e diminuição de direitos historicamente conquistados.

⁵ A criação das Organizações Sociais se dá pela Lei nº 9.637/98

Receitas da União (DRU), seja por meio da privatização das políticas sociais e, ainda, pela priorização dos programas de transferência de renda condicionados (CORREIA; SANTOS, 2015, p.35).

Ao invés do aumento na eficiência e gestão dos serviços e ações de saúde, o que se observa com a utilização dos novos modelos de gestão é o aumento da precarização do trabalho através da contratação de funcionários sem realização de concurso público, além da dificuldade de fiscalização das organizações, uma vez que estas não são obrigadas a prestar contas aos controles internos e externos do Estado, já que não são geridas pela administração pública. Estudos mostraram a ineficiência dos novos modelos de gestão na proposta de racionalização de custos.

[...] os serviços públicos executados pelas OS, contrariamente ao que foi anunciado no programa de publicização, têm sido ineficientes, provocado maiores gastos estatais, convertendo-se em alvo de irregularidades apontadas pelos órgãos de controle interno do Estado, sobretudo no que diz respeito ao desvio do erário. Evidencia-se que os hospitais geridos por OS gastam mais que os hospitais administrados diretamente pelo setor público e recebem mais recursos (CORREIA; SANTOS, 2015, p.38).

A crise do capitalismo contemporâneo afeta diretamente as políticas sociais, uma vez que o capital busca novas formas de se valorizar. Na política de saúde brasileira, houve a abertura ao capital estrangeiro para a exploração de ações e serviços de saúde, além da pressão que o capital financeiro exerce sobre o orçamento público federal, especialmente no Orçamento da Seguridade Social. O fundo público passa a ser cada vez mais apropriado pelo capital, através do desvio de recursos da Seguridade Social para, por exemplo, o pagamento de juros da dívida. O valor definido para os recursos destinados à saúde no artigo 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal nunca foi cumprido, havendo repasse da metade e causando o subfinanciamento da política de saúde. A prioridade do governo era o pagamento da dívida, destinando cerca de 40% do orçamento executado do Governo Federal para isso e apenas 4% para a saúde (MENDES, 2015).

A política de saúde no governo Lula se caracteriza pelo projeto que vincula a saúde ao mercado. Com a eleição de um presidente do Partido dos Trabalhadores (PT), criou-se a esperança de um governo mais voltado para as causas sociais e redistributivas, mas não foi o que aconteceu. Aprofundou-se a segmentação das políticas da Seguridade Social, intensificando-se as contradições entre Saúde, Assistência social e Previdência Social com a centralidade da assistência social e aprofundamento da precarização e privatização da saúde e da previdência. Manteve-se a disputa dos dois projetos na saúde, e em certos momentos, prevalecia o de

Reforma Sanitária, em outros, o projeto privatista. Contraditoriamente, foi possível observar um certo retorno à concepção de Reforma Sanitária, com a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocuparem cargos importantes em Ministérios. Ainda assim, de forma geral, a ênfase na política de saúde do governo Lula se deu na “focalização, precarização, terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO, 2009a, p.104). O Programa Saúde da Família constituiu-se numa estratégia de expansão da cobertura de assistência médica para os segmentos mais pobres da população, sem propor uma estratégia de organização da atenção básica. Houve uma série de contratação de categorias profissionais que não eram regulamentadas – como o caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – precarizando o trabalho em saúde. Uma questão que se apresenta insistentemente é a utilização do orçamento da Seguridade Social para superávit primário, além do uso no pagamento dos juros da dívida. Ocorre a proposição da Emenda Constitucional (EC) nº 29 de 2000, que visa estabelecer pisos mínimos de gastos da União, Estados e municípios em ações e serviços públicos de saúde.

No período dos mandatos da presidente Dilma Rousseff (2011 a 2016), é possível observar que as políticas com foco na transferência de renda, diminuição da pobreza e geração de empregos tiveram mais destaques do que a política de saúde. Persiste a lógica do subfinanciamento na Saúde, além do enfraquecimento gradual do setor público, a busca por reduzir os gastos públicos e fortalecer o setor privado. A perspectiva focalizadora predomina, com a expansão dos serviços de saúde da atenção primária. Em relação ao SUS, alguns pequenos avanços foram observados, como o processo de descentralização, investimento em recursos humanos, tecnologia e a participação social. Não foi explicitado compromisso deste governo com as pautas da Reforma Sanitária (REIS; PAIM, 2018).

É importante destacar o esforço do governo na retirada de recursos financeiros da Seguridade Social, especialmente na política de saúde. Conforme Reis (2018),

Cabe ressaltar que, na segunda metade do primeiro governo Dilma, ficaram evidentes diversos ataques ao SUS, sobretudo partindo do Congresso Nacional, entre eles: 1) a abertura do setor saúde ao capital estrangeiro; 2) o orçamento impositivo (PEC 358/2013); 3) a PEC 451/2014 propondo planos de saúde privados para todos os trabalhadores, exceto os empregados domésticos; 4) a tentativa de anistia para as multas das operadoras de planos de saúde, por meio da Medida Provisória – MP nº 627; 5) o rebaixamento do financiamento da seguridade social; 6) os cortes no Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB) resultando no fechamento de farmácias da

modalidade rede própria; 7) a proposta de perdão de R\$ 2 bilhões para empresas de planos de saúde, entre outros (REIS; PAIM, 2018 p.106-107).

O segundo mandato de Dilma é marcado pelos fortes ajustes neoliberais, causando insatisfação generalizada da população, que reagiu historicamente com grandes passeatas e manifestações nas ruas. A política de ajuste também trouxe sérios prejuízos à política de saúde, tendo destaque um novo projeto da saúde chamado “revisionista” que objetivava a racionalização máxima dos custos, pautado na atenção focalizada. O modelo de atenção à saúde do SUS ainda é hospitalocêntrico, fazendo com que a concepção de saúde ampliada se efetive apenas legalmente (REIS, 2018). Ainda em relação à política de saúde no período,

No que diz respeito ao financiamento da saúde nesse período, é possível identificar a falta de garantia de estabilidade dos recursos necessários para manter um SUS público e de qualidade para todos os cidadãos. Nos últimos anos, embora tenha aumentado o financiamento, percebe-se uma redução na participação da União na despesa pública, crescendo a participação dos Estados e Municípios.

Quanto à infraestrutura, continuou insuficiente em relação às necessidades da população, embora com alguns avanços, mediante a implantação e implementação de projetos/ políticas importantes, como a valorização da atenção básica e a expansão de serviços (REIS; PAIM, J.S. 2018, p.109).

O governo de Temer (2016 - 2019) deu prosseguimento aos ajustes fiscais, intensificando o processo de contrarreforma que preconiza o desmonte do Estado brasileiro. Percebe-se a intensificação da apropriação do fundo público pela iniciativa privada através dos novos modelos de gestão⁶ – como as OS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público⁷ (OSCIP), Parcerias Público-Privada e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares⁸ (EBSERH) que acentuam o processo de precarização do trabalho, a rotatividade de profissionais de saúde e ameaçam a sustentabilidade do SUS. Além disso, a manutenção de cortes orçamentários e o congelamento dos recursos de políticas sociais por vinte anos através da EC 95/2016 intensificam o subfinanciamento do SUS, que podem causar danos irreversíveis. Ocorre uma mudança no Programa Saúde da Família que passa a não contemplar a presença de equipes multiprofissionais, estabelecendo um padrão contrário ao

⁶ “Trata-se da privatização e da terceirização dos serviços públicos, na medida em que o Estado abdica de ser o executor direto desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento, e instalações públicas e de pessoal para entidades de direito privado, permitindo fazer tudo o que o setor privado faz no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público” (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 36)

⁷ As OSCIP são criadas pela Lei nº9.790/99

⁸ A EBSERH “constitui uma via de privatização do maior sistema hospitalar público brasileiro – os 47 Hospitais Universitários”. É criada pela Lei nº12.550/11. (CORREIA; SANTOS, 2015, p.36)

preconizado pela Atenção Básica à Saúde. Observa-se ainda fortes ataques e mudanças na política de Saúde Mental, caracterizando o retrocesso ao modelo manicomial e postura avessa à reforma psiquiátrica (BRAVO *et al*, 2020).

Neste governo, destaca-se o surgimento de uma nova proposta para a política de saúde, flexibilizada, buscando efetivar o SUS “da forma possível”.

O terceiro projeto é o da reforma sanitária flexibilizada, que adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS, no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país. A proposição do SUS possível é pautada por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de um rebaixamento da proposta inicial da reforma sanitária. Este projeto se consolida nos governos petistas (BRAVO, 2013 *apud* BRAVO *et al* 2020, p.193-194).

O atual governo Bolsonaro avança em relação a privatização geral, a defesa de um setor privado forte e a não liberação de recursos orçamentários para o SUS além do desmonte geral das políticas sociais. A política de saúde mental continua sofrendo ataques com o enfraquecimento dos Centros de Atenção Psicossocial e o fortalecimento das chamadas comunidades terapêuticas, fortalecendo os retrocessos. Diante desse “desgoverno”, coloca-se cada vez mais necessária a mobilização e articulação da sociedade junto a movimentos sociais, entidades, partidos políticos e outros na luta contra a retirada de direitos historicamente conquistados.

Diante da breve análise da condução de alguns governos em relação às políticas sociais em geral, e mais especificamente à política de saúde, fica evidente a posição de privilegiamento ao setor privado e mercantilização da saúde, visando reduzir os gastos sociais do Estado no setor e redirecioná-los (oficialmente) a demandas de acumulação do capital, principalmente sua fração financeirizada. O subfinanciamento crônico do SUS faz parte do processo uma vez que assim a imagem transmitida à população é de ineficiência generalizada, onde nada funciona, fortalecendo a procura e utilização dos serviços privados de saúde.

CAPÍTULO II – O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E SUA INTERFACE COM A SAÚDE

2.1 Serviço Social e Saúde: pensando essa relação

Neste capítulo, abordaremos brevemente o surgimento do Serviço Social no Brasil e os primórdios da atuação na saúde. Daremos ênfase ao período a partir da década de 1980, quando ocorrem mudanças significativas na atuação profissional. Na segunda parte, aprofundaremos sobre o trabalho profissional do assistente social no trabalho coletivo em saúde, o projeto de intervenção profissional e a sistematização do trabalho como instrumento de legitimação e autonomia da profissão.

Para entender o Serviço Social e sua relação com a saúde, precisamos relembrar os fatores que possibilitaram o surgimento da profissão, destacando as mudanças sociais, econômicas e políticas que ocorreram no marco da transição do capitalismo concorrencial para sua fase monopolista, nas últimas décadas do século XIX e início do século XX.

O Estado, na fase concorrencial do capitalismo, intervinha na economia somente em momentos específicos e de forma pontual; atuava visando garantir as condições externas da produção capitalista. No estágio monopolista, as funções econômicas e políticas do Estado se encontram amalgamadas: o Estado passa a intervir buscando garantir superlucros aos capitalistas. No período de transição entre as fases concorrencial e monopolista do capitalismo, ocorre uma série de modificações no contexto da luta de classes: sendo as principais “o proletariado constituído como *classe para si*⁹, a burguesia operando *estrategicamente como agente social conservador* e o *peso específico* das classes e camadas intermediárias.” (NETTO, 2011, p.54 - grifos do autor).

Se em sua fase concorrencial o Estado intervinha sobre as expressões da questão social de forma pontual e através da coerção, na fase monopolista, em busca de consenso, era necessária uma atuação que buscasse legitimidade diante da sociedade, atendendo minimamente algumas demandas das classes subalternas. Somente a partir deste momento é possível observar a intervenção do Estado sobre

⁹ O termo refere-se à tomada de consciência da classe trabalhadora a respeito das contradições inerentes da sociedade capitalista e sua condição de classe explorada.

as sequelas da questão social de forma contínua, sistemática e estratégica, utilizando-se para isso das políticas sociais. Sobre estas,

Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes (NETTO, 2011, p.30).

A intervenção Estatal sobre as expressões da questão social através de políticas sociais cria um espaço na divisão sociotécnica profissional, demandando um novo tipo de trabalhador – assalariado – para operacionalizar as políticas sociais, sendo estas pautadas em um projeto formulado independente da intencionalidade do agente executor – o assistente social. Desta forma,

[...] na emergência profissional do Serviço Social, não é este que se constitui para *criar* um dado espaço na rede sócio-ocupacional, mas é a *existência deste espaço que leva à constituição profissional*. Donde a relevância da argumentação acima afirmada: não é a *continuidade* evolutiva das protoformas ao Serviço Social que esclarece a sua profissionalização, e sim a *ruptura* com elas, concretizada com o deslocamento aludido, deslocamento possível (não necessário) pela instauração, *independentemente das protoformas*, de um espaço determinado na divisão social (e técnica) do trabalho (NETTO, 2011, p.73 - grifos do autor).

O fundamento do Serviço Social, enquanto especialização do trabalho coletivo, se assenta sobre a questão social. Conforme Iamamoto (2009), a questão social pode ser compreendida como “*o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade*” (IAMAMOTO, 2009, p. 176 - grifos da autora). Além disso, a autora destaca que, na sociedade capitalista madura, esse conjunto de expressões da questão social se apresenta de forma bastante diversificada, abarcando expressões como “*desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais*, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização” (IAMAMOTO, 2009, p. 177 - grifos da autora).

A atuação do Serviço Social ocorre na dinâmica das classes sociais, numa realidade que não é eterna: a sociedade está em constante movimento; as diferentes classes sociais apresentam diferentes interesses, que se expressam na correlação de forças pela disputa de poder. Assim sendo, a prática profissional está em constante transformação, uma vez que atua também sobre as relações sociais e estas ocorrem

na sociedade. O trabalho profissional do Serviço Social, nas palavras de Iamamoto (2009),

Reproduz, também, pela mesma atividade interesses contrapostos, que convivem em tensão. Responde tanto a demandas do capital e do trabalho, e só pode fortalecer um ou outro polo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de exploração e dominação, quanto, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, da reprodução do antagonismo desses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o motor da história (IAMAMOTO, 2009, p.170).

É importante destacar que as formas de intervenção sobre as mazelas da questão social prestadas pela filantropia e pela Igreja Católica eram baseadas na boa Doutrina Social da Igreja e em determinados valores morais assentados na benemerência e caridade. No Brasil, com a criação das políticas sociais e a necessidade de um agente específico¹⁰ para operá-las, ocorre lentamente a ruptura com as chamadas protoformas do Serviço Social – de forma bastante complexa, sendo a Igreja Católica um elemento presente nos dois momentos - tanto da filantropia quanto nos momentos iniciais do Serviço Social – sendo responsável, junto a setores da burguesia, pela criação dos primeiros cursos de prática da chamada “ação social”¹¹ (Ortiz, 2010). Conforme Netto, “a ruptura se revela no fato de, pouco a pouco, os agentes começarem a desempenhar papéis executivos em projetos de intervenção cuja funcionalidade real e efetiva está posta por uma lógica e uma estratégia objetivas que independem da sua intencionalidade” (NETTO, 2011, p.71).

Sobre o processo de surgimento e institucionalização do Serviço Social, podemos destacar a histórica subalternidade atribuída à profissão na saúde, que por muito tempo recebeu o status de apoio médico. A primeira Escola de Serviço Social na América Latina foi criada em 1925 no Chile pelo médico Alejandro Del Rio. Segundo Del Rio, a imprescindibilidade da profissão estava “na necessidade de formação de um grupo diversificado de profissionais, com o objetivo de atender ao

¹⁰ O Estado, ao centralizar a política socioassistencial efetivada através da prestação de serviços sociais, cria as bases sociais que sustentam um mercado de trabalho para o assistente social. O Estado e os estratos burgueses tornam-se uma das molas propulsoras dessa qualificação profissional, legitimada pelo poder. O Serviço Social deixa de ser um mecanismo da distribuição da caridade privada das classes dominantes – rompendo com a tradicional filantropia – para transformar-se em uma das engrenagens da execução das políticas públicas e de setores empresariais, seus maiores empregadores” (IAMAMOTO, 2009, p.172).

¹¹ Em 1932 foi criado no Estado de São Paulo, o Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), que tinha por objetivo: “promover a formação de seus membros pelo estudo da doutrina social da Igreja e fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos problemas sociais, visando tornar mais eficiente a atuação das trabalhadoras sociais e adotar uma orientação definida em relação aos problemas a resolver, favorecendo a coordenação de esforços dispersos nas diferentes atividades e obras de caráter social” (CARVALHO, 1986, p. 173 *apud* ORTIZ, 2010, p.117).

crescimento da intervenção estatal no campo da assistência social" (CASTRO, 2003, *apud* BARBOSA, 2019, p. 244). Dessa forma, a escola criada por Del Rio tinha por objetivo formar profissionais (assistentes sociais) que trabalhassem complementando as funções dos médicos. Nas palavras do próprio Dr. Del Rio, "o assistente social deveria ser um sub técnico incumbido de colaborar diretamente com o médico" (CASTRO, 2003, p. 74 *apud* BARBOSA, 2019, p.245).

O Serviço Social em seu processo de institucionalização apresenta práticas relacionadas à prestação de serviços e ação educativa. Segundo Yasbeck (1999),

A dimensão educativa pode se realizar em duas perspectivas: 1) pelo enquadramento disciplinador destinado a moldar seus usuários na inserção institucional e na vida social ou 2) pelo fortalecimento dos projetos e lutas das diferentes frações da classe trabalhadora. Assim, o profissional contribui para criar condições materiais e espirituais para a sobrevivência das classes populares e para a reprodução social (YASBECK, 1999 *apud* GOMES, 2015).

Neste momento, o Serviço Social é caracterizado por uma prática "de caráter tutelar realizado através da viabilização de serviços concretos e ação educativa na perspectiva disciplinadora¹²" (GOMES, 2015). A profissão era influenciada pela perspectiva franco-belga, baseada no neotomismo¹³ e higienismo. A intervenção profissional, nesse período, é marcada por uma visão moralista sobre a questão social, que culpabiliza os indivíduos pelos problemas vivenciados.

O referencial do Serviço Social muda apenas após a Segunda Guerra Mundial com a hegemonia dos Estados Unidos, a profissão passa a se ancorar no funcionalismo norte-americano com abordagens de caso, grupo e comunidade. Desta forma, "o trabalho do assistente social, então, está voltado para a ideia de ajustamento e de ajuda psicossocial" (GOMES, 2015). Essa nova influência na profissão tem rebatimentos na saúde, principalmente porque uma de suas principais representantes – Mary Richmond – "buscou 'inspiração' no trabalho realizado por Florence Nightingale, considerada pioneira na enfermagem, para a formação de visitadoras domiciliares, em que o *diagnóstico social* ocupava um papel de destaque, através do

¹² "Com isso, o Assistente Social passa a receber um mandato diretamente das classes dominantes para atuar nas classes trabalhadoras. Importa ressaltar que a demanda de sua atuação não deriva dos que são alvo de seus serviços profissionais – os trabalhadores –, mas dos setores patronais, com o objetivo de atuar, segundo metas estabelecidas por estes setores, entre as classes trabalhadoras. O que deve ser ressaltado é que o Assistente Social, embora trabalhe a partir das situações de vida daquelas classes, não é diretamente solicitado por elas: atua entre elas a partir de uma demanda que, na maioria das vezes, não provém delas" (IAMAMOTO, 2013, p.94)

¹³ É uma teoria que expressa a retomada da filosofia de Tomás de Aquino nos séculos XIX e XX. Suas ideias eram baseadas em princípios teológicos e na filosofia de Aristóteles (BARROCO, 2012).

inquérito individual realizado no próprio domicílio” (BARBOSA, 2019, p.6 – grifos da autora).

Inicialmente, a atuação dos assistentes sociais na saúde no Brasil visava o tratamento de doenças transmissíveis e hereditárias, o que caracterizava o chamado "Serviço Social médico"¹⁴. As atividades desenvolvidas eram basicamente as de um educador sanitário, visando transmitir à população noções básicas de higiene através da educação sanitária (PINHEIRO, 2015). Conforme Bravo,

será em virtude do trabalho desenvolvido pelas educadoras sanitárias nos centros de saúde que os assistentes sociais irão se inserir nestes serviços bem mais tarde. Contudo, nos anos 1940, os assistentes sociais já atuarão em hospitais, sendo um marco a constituição do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade de São Paulo (USP) em 1944 (Bravo, 1991 *apud* Matos, 2017, p. 50).

Num primeiro momento, a área da saúde não foi a que concentrou maior número de profissionais de Serviço Social. Isso só aconteceu a partir de 1945, quando a ação profissional na saúde se amplia (BRAVO; MATOS, 2009). Inicialmente, a atuação dos assistentes sociais em hospitais tinha por objetivo estabelecer um vínculo entre a instituição e a família do paciente, buscando garantir que o tratamento fosse continuado após a alta médica e também realizando trabalhos para que a família não sofresse materialmente com a ausência da pessoa enferma (principalmente se este fosse o provedor do lar). Essa atuação configura o histórico apoio ao tratamento clínico médico curativista que era atribuído como função do Serviço Social (COSTA, 2009). A lógica da atuação profissional, num primeiro momento, tinha por objetivo contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico na perspectiva da cooperação vertical¹⁵ (MATOS, 2017). Ainda sobre a inserção profissional na saúde, podemos observar conforme Matos (2017) que,

Segundo dados disponíveis no clássico estudo sobre a história do Serviço Social no país, a primeira inserção profissional no Rio de Janeiro se deu em 1940, na Policlínica de Botafogo; a seguir o mesmo ocorre em 1942, no Hospital Artur Bernardes, em 1944, no Instituto de Cardiologia e também em diversos IAP (nos quais não sabemos se atuavam, também, na assistência à saúde). Em São Paulo, conforme já sinalizado, a primeira inserção foi no Hospital das Clínicas da USP, sendo que em 1947 e 1949 o campo à época denominado Serviço Social médico respondia por 23% e 24%, respectivamente, pelo mercado de trabalho e incluía, além do citado hospital, os seguintes serviços: Dispensário de Tuberculose, Departamento Estadual

¹⁴ O Serviço Social Médico “atuava com o Serviço Social de Casos, onde a participação só era visualizada no individual, em prol da adaptação do “cliente” ao tratamento” (OLIVEIRA, 2009).

¹⁵ A cooperação vertical ocorre “quando o médico delega partes do que outrora era por si desenvolvido, tarefas mais manuais, e que aos olhos do profissional de medicina não descaracterizam sua intervenção, para outros profissionais” (Mendes Gonçalves, 1992 *apud* MATOS, 2017, p.46)

da Criança, hospitais e clínicas particulares (Iamamoto e Carvalho, 1991 *apud* MATOS, 2017, p 50).

O conceito de saúde, que antes limitava-se apenas a um estado de “não doença”, foi redefinido em 1948 pela Organização Mundial da Saúde, definindo-a como “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Essa nova concepção de saúde, englobando aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuarem na saúde, inclusive o Serviço Social. Dessa forma, “o assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 199).

Desde a emergência da profissão até a década de 1960, havia hegemonia do bloco conservador que direcionava a produção de conhecimento e as entidades organizativas, bem como o trabalho profissional. A partir dos anos 1960 passa a ocorrer um debate questionando o conservadorismo profissional respaldado pelas questões levantadas nas ciências sociais e humanas, contudo, o movimento crítico e progressista foi interrompido pela ditadura militar (BRAVO; MATOS, 2009). O período da ditadura militar criou condições econômicas e políticas para expansão do capitalismo brasileiro, causando profundas modificações na sociedade brasileira e que bloqueou, por um período, as possibilidades de avanços do movimento de contestação do tradicionalismo profissional. Mas, com o processo de lutas democráticas que culminou com a promulgação da Constituição de 1988 e a efervescência popular, o quadro apresentado neste período exigiu novas respostas profissionais do Serviço Social. Assim,

Foi este o solo histórico que tornou possível e impôs socialmente necessário um amplo movimento de renovação do Serviço Social, que derivou em significativas alterações nos campos do ensino, da pesquisa e da organização político-corporativa dos assistentes sociais (IAMAMOTO, 1993, P.102).

Inicia-se no contexto da ditadura militar, motivado pelo questionamento do conservadorismo profissional e fortalecido pelo aumento da insatisfação popular com as condições gerais de vida, o processo de renovação do Serviço Social. Conforme Netto (2015),

Entendemos por renovação o conjunto de características novas que, no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de

respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais. (NETTO, 2015, p.172)

Desta forma, o processo de renovação do Serviço Social brasileiro compõe um movimento muito mais amplo que ocorreu em toda América Latina, denominado Movimento de Reconceituação do Serviço Social. O processo de renovação do Serviço Social brasileiro abarca três diferentes tendências: a modernizadora, a de reatualização do conservadorismo e a de intenção de ruptura (NETTO, 2015). Conforme Martini *et al* (2013),

A direção modernizadora tornou-se hegemônica face às exigências do mercado de trabalho e do modelo autocrático da época, sendo que na área da saúde, a perspectiva modernizadora sedimenta a prática profissional na dimensão curativa, dando ênfase às técnicas de intervenção, burocratização das atividades e concessão de benefícios (MARTINI *et al*, 2013).

Até a segunda metade da década de 1970, predominou na profissão perspectiva modernizadora na área da saúde; após esse período, a profissão passou a se direcionar pela vertente da intenção de ruptura¹⁶, buscando romper com o tradicionalismo. Ocorre que, “esta vertente não chegou a influenciar os profissionais que trabalhavam na área da saúde, que continuavam distantes das reflexões e, na prática, continuavam subalternos ao protagonismo médico, dominante na área” (KRÜGER, 2010 *apud* MARTINI *et al*, 2013). Importante destacar também que, no mesmo período, aumentava a influência e organização do Movimento de Reforma Sanitária, buscando a “defesa dos direitos inalienáveis do homem, defesa do público, do Estado laico e democrático, dentre outros” (MATOS, 2017, p. 105). Os interesses defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária eram análogos aos do Serviço Social, porém até os anos 80 a profissão encontrava-se desarticulada da discussão sobre a saúde (BRAVO, 1996 *apud* MATOS 2017, p. 61).

A partir da perspectiva de intenção de ruptura, o Serviço Social promove uma mudança na direção política da atuação ao estabelecer seus fundamentos teóricos apoiados no marxismo, ainda que inicialmente de forma enviesada¹⁷. Depois, passa-se a utilizar as fontes originais da tradição marxista. Dessa forma, a ação profissional

¹⁶ “O processo de constituição da perspectiva da intenção de ruptura se desenvolve e se configura em dois momentos principais. O primeiro tem sua elaboração mais consistente no método de Belo Horizonte e, de forma mais ampla, essa tendência se caracteriza por uma contestação à prática institucional vista como reprodutora do status quo, buscando práticas alternativas em comunidades e/ou junto à movimentos sociais. O segundo se referêcia à reflexão de Yamamoto & Carvalho (1993) que resgata a inspiração marxiana nos textos originais” (GOMES, 2015).

¹⁷ Recorria-se a autores que interpretavam os escritos de Marx, e não aos documentos originais do autor.

passa a se articular a movimentos sociais, buscando fortalecer os projetos e lutas das classes populares (MARTINI *et al*, 2013). A produção de conhecimento na área do Serviço Social – resultando dos espaços de pós-graduação – começa a se intensificar, proporcionando a acumulação teórica da profissão, permitindo que esta estabelecesse uma interlocução profunda com as ciências sociais e outras áreas de saber (NETTO, 2009).

É no movimento de recusa, denúncia e crítica ao conservadorismo profissional que são lançados os fundamentos para a construção do Projeto Ético Político¹⁸ do Serviço Social, que passará a direcionar os valores assumidos pela categoria profissional. O processo de crítica à ditadura militar e a conquista da democracia política causaram, no interior da categoria profissional, o acirramento da disputa de projetos societários diferentes, que se expressavam no movimento das classes sociais. Parte da categoria profissional passou a abraçar as demandas populares, intensificando, na ação profissional, a repercussão de dois projetos societários distintos: um projeto voltado ao atendimento e necessidades legítimas das classes trabalhadoras – projeto ético político profissional – e um projeto afinado aos interesses das classes dominantes – projeto privatista (NETTO, 2009).

Politicamente, o novo projeto profissional – afinado às demandas da classe trabalhadora e desde os anos 1990 hegemônico¹⁹ – tem a liberdade como valor ético central, se posiciona a favor da equidade e justiça social, buscando a universalização do acesso a bens e serviços existentes nas políticas e programas sociais. Busca também a garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras através da ampliação e consolidação da cidadania. O projeto preconiza o aperfeiçoamento intelectual do profissional através de formação acadêmica qualificada, que permite a realização de uma análise crítica e concreta da realidade social. Sobre o Projeto Ético Político da profissão, Netto (2009) afirma que,

¹⁸ “O projeto ético político emergiu de forma organizada na década de 1980, no contexto de redemocratização da sociedade brasileira, de reorganização política dos movimentos sociais, partidos e entidades dos trabalhadores e de organização político-sindical da categoria profissional (Abramides; Cabral, 1995), contando com a participação de setores profissionais vinculados a diferentes partidos políticos de esquerda e movimentos democrático-populares, com diversas referências teóricas e políticas, especialmente as apoiadas na tradição marxista e as vinculadas ao pensamento católico progressista, oriundo de correntes da Teologia da Libertação” (BARROCO, 2012, p. 41).

¹⁹Vale destacar que “a ruptura com o quase monopólio do conservadorismo no Serviço Social não suprimiu tendências conservadoras ou neoconservadoras – e, como se viu anteriormente, a heterogeneidade própria dos corpos profissionais propicia, em condições de democracia política, a existência e a concorrência entre projetos diferentes.” (NETTO, 2009, p.156)

Esquemáticamente, este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da *liberdade* como valor central - a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Consequentemente, *este projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero*. A partir destas opções que o fundamentam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional (NETTO, 2009, p.155 - grifos do autor).

O primeiro Código de Ética do Serviço Social data de 1947, apresentando posteriormente mais duas versões (1965 e 1975) cujas bases se apoiavam no neotomismo. Conforme Barroco (2012), sobre os três primeiros Códigos de Ética da profissão, o Código de 1947 era “extremamente doutrinário e subordinado aos dogmas religiosos”; o segundo, de 1965, “introduziu alguns valores liberais, sem romper com a base filosófica neotomista e funcionalista”; o terceiro, de 1975, apresenta características da “reatualização do conservadorismo profissional” (BARROCO, 2012, p.45). Somente com o Código de Ética de 1986 que se começa a operar uma mudança na direção conservadora da profissão, através do claro posicionamento político da categoria em favor das demandas da classe trabalhadora, além de vincular o projeto profissional a um projeto de sociedade. O atual Código de Ética profissional, redigido em 1993, apresenta valores como liberdade, justiça social, equidade e democracia (BARROCO, 2012).

Diferentes projetos societários²⁰ resultam em requisições diferentes à atuação profissional. Sobre isso, Bravo & Matos (2009) apontam que o projeto privatista, por exemplo, faz requisições ao assistente social como: “seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 206) e o projeto vinculado ao da Reforma Sanitária apresenta demandas bem diferentes, como a

busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais,

²⁰ Projetos societários são necessariamente projetos de classe e apresentam dimensão política e relações de poder. “Todavia, também a experiência histórica demonstrou que, na ordem do capital, por razões econômico-sociais e culturais, mesmo num quadro de democracia política, *os projetos societários que respondem aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar os projetos das classes proprietárias e politicamente dominantes*” (NETTO, 2009, p.143 - grifos do autor).

acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2009, p. 206).

Sobre a atuação profissional na saúde, considera-se que o Serviço Social opera nas contradições da Política de Saúde, nas lacunas geradas pela não implantação efetiva do SUS. Sobre isso, Costa (2009) afirma que mesmo o SUS tendo princípios como a universalização, descentralização, apesar de buscar a participação e controle popular, algumas contradições ainda persistem, como “a demanda reprimida/exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, à burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual” (COSTA, 2009, p.310-311).

Além disso, o processo de descentralização das políticas sociais públicas vem exigindo dos assistentes sociais novas funções e competências, que exigem qualificação e domínio de diversos conhecimentos para, por exemplo, a realização de diagnósticos socioeconômicos de municípios, leitura e análise de dados de orçamento público buscando recursos para ações, entender do processo de planejamento, gerenciamento e avaliação de programas e projetos sociais, entre outras coisas (IAMAMOTO, 2009).

No próximo item, abordaremos mais do trabalho profissional na saúde, destacando a inserção do Serviço Social no trabalho coletivo em saúde, a importância do projeto de intervenção profissional e do registro profissional.

2.2 O trabalho coletivo em saúde e o Serviço Social: a importância do projeto de intervenção profissional.

Iniciaremos este item abordando as transformações ocorridas na Saúde Pública brasileira no período da década de 1970, quando se altera a compreensão do processo saúde-doença e ocorre o surgimento da Saúde Coletiva, sendo esta uma forma de entender a saúde como um fenômeno social, não apenas biológico. Propõe uma nova organização do processo de trabalho em saúde, dando ênfase a atividades de promoção, prevenção de riscos e agravos, além da reorganização da assistência aos doentes, mudanças nos modos de vida e nas relações entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado em saúde (OLIVEIRA, 2009).

Na década de 1980, período de fortes mobilizações políticas e crise econômica, ocorre um movimento de ampliação do debate teórico - tanto no Serviço Social quanto na Saúde Coletiva – e incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais, tendo por base o marxismo (BRAVO; MATOS, 2009).

Conforme já discutimos no primeiro capítulo, a promulgação da CF/1988 traz grandes avanços na direção política do país, com viés progressista e social. A promulgação da CF/1988 e a conquista de direitos civis e sociais no período, proporcionou a construção de um arcabouço legal²¹ que permitiu a ampliação da ação profissional do assistente social, através da institucionalização de práticas interventivas com diversas categorias sociais, dentre elas crianças, adolescentes e idosos (NETTO, 2009). Além disso, a Carta Constitucional coloca direcionamentos inovadores, por exemplo, para a política de saúde, que somente foram operacionalizados com a Lei 8080/90, dois anos após a divulgação na CF/1988. O momento da regulamentação da Lei do SUS (Lei 8080/90) ocorre no período de avanço neoliberal no país, efetuando cortes no texto original aprovado no momento da Assembleia Constituinte em relação à Política de Saúde. Ainda assim, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, apesar de todas as suas debilidades e as resistências que enfrenta para sua efetivação.

Um dos pilares da Política de Saúde preconizada pelo SUS é a “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” (BRASIL, Lei nº.8080/90). Para se alcançar a integralidade das ações, entendendo a saúde de forma ampliada, a Resolução nº 287 de 1998 do Conselho Nacional de Saúde reconhece quatorze categorias profissionais de saúde de nível superior²², dentre elas, o Serviço Social. Dessa forma,

Mesmo não se manifestando de forma totalmente explícita, sugeria mudanças essenciais voltadas para a formação de trabalho interdisciplinar e coletivo para levantar condições e alternativas de modo a concretizar este trabalho como mais uma forma de qualificar a produção do cuidado em saúde (SCHERER, 2009).

A proposta de atendimento no SUS baseia-se na hierarquização das ações e serviços de saúde, dividindo-se os níveis em baixa, média e alta complexidade. O

²¹ Referimo-nos, por exemplo, ao Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política Nacional do Idoso.

²² Os profissionais de saúde de nível superior elencados pela Resolução nº 287 de 1998 do Conselho Nacional de Saúde foram: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais.

assistente social na saúde se insere buscando a integralidade das ações nos vários níveis de complexidade do SUS, estabelecendo inclusive um elo entre a política de saúde e as demais políticas sociais (COSTA,2009). O modelo de atendimento em saúde do SUS termina por complexificar a forma do cuidado em saúde, fazendo com que a resolução da questão de saúde do usuário seja resultado de um conjunto articulado e coordenado de diversos profissionais, em ações integradas. Dessa forma, “é no interior da tensão entre o processo de racionalização, as condições objetivas dos usuários e as possibilidades de operacionalização das propostas do SUS que se redefinem os diversos processos de trabalho na saúde” (COSTA, 2009, p.342).

Novas demandas se originam a partir das diversas expressões da questão social, fazendo com que o assistente social atue em diferentes ações no SUS, inserindo-se em processos de planejamento, gestão e educação em saúde (MATOS, 2017). Conforme a publicação do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) sobre a atuação do assistente social na saúde, os profissionais atuam em quatro grandes eixos que são “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2010, p.41)”. Ainda conforme a referida publicação,

é essencial para uma atuação competente do Serviço Social na área da saúde estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores da saúde e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde; tentar construir e efetivar, em conjunto com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular; elaborar e participar de projetos de educação permanente; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido; potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010, p.23).

De acordo com Costa (2009), o assistente social realiza ações voltadas para a educação, informação e comunicação em saúde em todas as fases e tipos de atendimentos – dos individuais aos coletivos, seja através de orientação, encaminhamento, realização de eventos, espaços para discussão, reclamação e sugestões. A dimensão educativa se faz muito presente na profissão, principalmente para esclarecimentos de acesso a direitos do cidadão. O principal instrumento utilizado nessas atividades é a linguagem e o conhecimento. Podemos facilmente observar essa forma de atuação em palestras realizadas em clínicas de unidades básicas de saúde, por exemplo, quando há divulgação de material explicativo, discussão sobre temas passíveis de preconceito etc. Ainda na perspectiva

educativa/informacional, outro exemplo é a atuação do profissional no Serviço de Verificação de Óbito, prestando esclarecimentos à família quanto a trâmites de transporte e informações previdenciárias, além da realização de encaminhamentos e orientações (COSTA, 2009).

O processo de racionalização do SUS constitui uma das principais demandas do Serviço Social uma vez que “as necessidades da população se confrontam com o conteúdo e a forma de organização dos serviços” (COSTA, 2009, p. 315). Além disso, tem-se a questão do viés curativo da política de saúde, em detrimento da concepção preventiva e coletiva. Com o objetivo de garantir a integralidade nas ações do SUS, o assistente social busca a articulação com as demais políticas sociais, porém essas atividades “não são vistas pelo profissional de Serviço Social como trabalho, mas, sim, tratadas como inúmeras exceções: daí a imprecisão verbalizada reiteradamente pelos assistentes sociais” (MATOS, 2017, p.66).

Nessa perspectiva, o atendimento de algumas das necessidades mediatas e imediatas dos usuários, não contempladas pelo SUS, no contexto da redivisão do trabalho coletivo na saúde, cada vez mais identifica-se e vincula-se com as competências profissionais do assistente social, justificando, desse modo, a ampliação do mercado de trabalho profissional na área da saúde” (COSTA, 2009, p. 345).

Para Costa (2009), essa questão da imprecisão profissional se relaciona com os traços iniciais da profissão, com um passado voluntarista que contribuiria de certa forma, na visão de muitos assistentes sociais “para a desqualificação técnica do Serviço Social na área da saúde” (COSTA, 2009, p.304). Esse pensamento, porém, é refutado pelas próprias instituições que contratam o assistente social, uma vez que esse profissional somente é demandado mediante uma necessidade específica, algo que somente ele é capaz de realizar. Não à toa, o Serviço Social é “a quarta maior categoria profissional na saúde” (COSTA, 1998 *apud* BRAVO; MATOS, 2009, p. 209). Ainda segundo a autora, pode-se considerar que a legitimidade do Serviço Social no trabalho coletivo em saúde “se constrói pelo avesso, ou seja, a sua utilidade se afirma nas contradições fundamentais da política de saúde e, particularmente, no SUS” (COSTA, 2009, p.344).

Embora a Política de Saúde preconizada pelo SUS tenha como um dos objetivos a promoção de saúde e prevenção de doenças, a estrutura de saúde onde se implementa e efetiva a política é hospitalocêntrica, tendo neste lugar, como representante de grande peso institucional, a figura do médico. Infelizmente, o saber médico parece predominar sobre os demais pela velha concepção de saúde como

estado de não-doença – que ainda permanece entre nós (BARBOSA, 2019). Nesse sentido, o assistente social no trabalho coletivo em saúde enfrenta grandes desafios no sentido de expor seu trabalho e atribuições profissionais diante da supremacia do saber médico. Porém, é de vital importância para a realização de uma atuação profissional comprometida com os princípios do Código de Ética do Serviço Social, do Projeto Ético Político da profissão e os princípios da Reforma Sanitária, que o assistente social tenha em mente os objetivos de sua atuação na saúde, que “contemplam a compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença” (PINHEIRO, 2015, p. 33). Dessa forma,

Trabalhando em equipe o assistente social dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, da nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p.46).

Ainda sobre a centralidade do saber médico nas unidades de saúde, Vasconcelos (2002) realizou uma pesquisa com assistentes sociais inseridos na saúde e constatou que, independentemente do nível de complexidade da unidade de saúde, “os assistentes sociais, no fundo, estabelecem a mesma rotina: contato com usuário para levantamento das necessidades após atendimento médico, para providenciar encaminhamentos e orientações necessárias à implementação da consulta” (Vasconcelos, 2002 *apud* MATOS, 2017, p. 63). Além disso, no cotidiano profissional, é possível observar a realização de funções e atribuições que não são específicas do Serviço Social, porém o profissional as realiza pois está inserido numa relação de trabalho assalariado, que muitas vezes termina por limitar sua autonomia relativa (BARBOSA, 2019).

O Serviço Social é uma profissão liberal, regulamentada, com aparatos legais e éticos e possui autonomia “teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa à condução do exercício profissional (IAMAMOTO, 2009, p. 181). Apesar disso, a atuação profissional se desenvolve através da contratação dos serviços prestados pelo profissional à uma instituição empregadora, estabelecendo-se assim uma relação contratual, seja com instituições públicas ou privadas. Obviamente, o assistente social pode atribuir uma direção social ao seu exercício profissional, porém, como trabalhador assalariado que é, deve responder também às demandas institucionais que recebe. Dessa forma, o trabalho do assistente social é resultante das diversas

interações sociais que ocorrem no exercício profissional. As instituições empregadoras

[...] interferem no estabelecimento de metas a atingir. Detêm poder para normatizar as atribuições e competências específicas requeridas de seus funcionários, definem as relações de trabalho e as condições de sua realização – salário, jornada, ritmo e intensidade do trabalho, direitos e benefícios, oportunidades de capacitação e treinamento – o que incide no conteúdo e nos resultados do trabalho. E oferecem o *background* de recursos materiais, financeiros, humanos e técnicos para a realização do trabalho no marco de sua organização coletiva. Portanto, articulam um conjunto de condições que informam o processamento da ação e condicionam a possibilidade de realização dos resultados projetados (IAMAMOTO, 2009, p.182).

As mudanças nas relações de trabalho atingem também o assistente social, uma vez que ele é um profissional assalariado, sofrendo os efeitos de vínculos de trabalho fragilizados, contratos terceirizados e precarização das relações trabalhistas. A relação de trabalho assalariado do assistente social torna ainda mais sensível a defesa das reais atribuições e competências profissionais no campo da saúde, uma vez que nem sempre é possível que o profissional confronte requisições que são contrárias à sua natureza, já que precisa manter o emprego (BARBOSA, 2019).

As condições objetivas em que se realiza o trabalho do assistente social muitas vezes são adversas, tendo o profissional que lidar com escassez de recursos, condições e meios de trabalho precários nos serviços e políticas públicas. O profissional é chamado a atuar na viabilização dos direitos sociais, e muitas das vezes não consegue fazê-lo (IAMAMOTO, 2009). Além disso, existe o caráter subsidiário da atuação do Serviço Social na saúde, onde o foco principal está na cura da doença em detrimento dos fatores sociais de adoecimento, ainda predominante nas instituições de saúde.

Em relação à ampliação do campo de atuação profissional na saúde, Bravo & Matos (2009) identificaram como um problema o fato de os assistentes sociais passarem a exercer inúmeras funções (que estão dentro de suas competências e atribuições profissionais), porém sem identificá-las como próprias do Serviço Social. Novas demandas como assessoria, gestão e pesquisa, que fazem parte do trabalho profissional, explicitadas pela Lei de Regulamentação da Profissão e pelas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) não são consideradas. Importante ressaltar que, no campo da saúde, o trabalho do assistente social deve necessariamente considerar os aspectos “sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de

estratégias para o enfrentamento destas questões” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 212). Dessa forma, ao atuar desconsiderando as novas competências e atribuições do Serviço Social,

[...] o profissional recupera – por vezes impensadamente – uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. Este consiste apenas na ação direta com os usuários, o que Netto denomina de execução terminal da política social (BRAVO; MATOS, 2009, p. 212).

Diante do exposto, fica mais que evidente a importância e necessidade de construção de um projeto²³ de intervenção profissional, de forma que este explicita para os demais membros da equipe de trabalho coletivo em saúde (ou em qualquer outra área) o que o assistente social faz em determinado campo, suas atribuições e competências. Conforme Netto,

A ação humana, seja individual, seja coletiva, tendo em sua base necessidades e interesses, implica sempre um *projeto* que, em poucas palavras, é uma antecipação ideal da *finalidade* que se pretende alcançar, com a invocação dos *valores* que a legitimam e a escolha dos *meios* para lográ-la (NETTO, 2009, p. 142 - grifos do autor).

Em relação ao ato de planejar as ações, constitui-se num “ato ontológico ao homem” (Marx, 2012 *apud* MATOS, 2017, p. 122). Ainda que às vezes de forma inconsciente, o homem planeje suas ações projetando-as no futuro; mesmo planejando, a ação quando ocorre se diferencia do idealizado, por vários fatores da realidade. Dessa forma, “o planejamento do exercício profissional não é um detalhe, uma vez que é no exercício profissional planejado que encontraremos, também, a intencionalidade do que, para que e como registrar” (MATOS, 2017, p. 122).

O planejamento escrito desempenha um papel fundamental na ação profissional, pois através dele é possível que a equipe apure ideias, sugestões, intenções e as transforme em propostas (MATOS, 2017). Esta ação fornece subsídios para se pensar e avaliar a motivação das ações. Essa avaliação de motivações que propicia a reflexão crítica sobre a ação profissional, direcionando as ações para que estas de fato, vão de encontro às reais necessidades dos usuários. É imprescindível

²³ Lembrando que existe o projeto ético-político hegemônico do Serviço Social, onde são designados valores, fundamentos e princípios, sendo adotados pelo corpo profissional como um pacto. O projeto de intervenção busca seguir os valores do projeto ético-político profissional, aplicando-os a demandas específicas na atuação profissional. Ainda sobre o projeto profissional, “[...] considerando o pluralismo profissional, o projeto hegemônico de um determinado corpo profissional supõe um *pacto* entre seus membros: uma espécie de acordo sobre aqueles aspectos que, no projeto, são imperativos e aqueles que são indicativos. *Imperativos* são os componentes compulsórios, obrigatórios para todos os que exercem a profissão (estes componentes, em geral, são objeto de regulação jurídico-estatal); *indicativos* são aqueles em torno dos quais não há um consenso mínimo que garanta seu cumprimento rigoroso e idêntico por todos os membros do corpo profissional” (NETTO, 2009, p. 147 - grifos do autor).

que as ações desenhadas no projeto de intervenção profissional estejam alinhadas com os valores e princípios do Projeto Ético Político profissional e da Reforma Sanitária e que o projeto seja socializado não apenas para a equipe de Serviço Social, mas reconhecido também no plano de trabalho coletivo da unidade de saúde onde será implementado, facilitando o entendimento da atuação do assistente social na unidade na execução do trabalho coletivo em saúde (MATOS, 2017).

A prática profissional do assistente social tem uma dimensão política²⁴ que se evidencia nas ações profissionais, vinculando-se ao projeto societário defendido pela profissão. Uma atuação comprometida, por exemplo, com o avanço da democracia, fomento à participação e controle popular, que busca a universalização dos direitos, garantia de gratuidade no acesso aos serviços, é uma atuação que defende o projeto universalista e democrático (IAMAMOTO, 2009). Assim sendo, a forma de atuação profissional fortalece determinada concepção de sociedade, baseada nos valores que direcionam a ação profissional. A atuação profissional comprometida com os valores e princípios do Projeto Ético Político hegemônico do Serviço Social e comprometida com os princípios defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária busca uma sociedade livre de exploração.

Apesar da inegável dimensão política do trabalho profissional, esta pode se apresentar sob o disfarce de neutralidade. Quando as dimensões políticas não são explicitadas, há grande chance de esconderem direções conservadoras. Como nos afirma Netto, “um dos traços mais característicos do conservadorismo consiste na negação das dimensões políticas e ideológicas” (NETTO, 2009, p.145). O assistente social estará necessariamente atuando com um objetivo – uma direção – seja em favor do estabelecimento empregador, seja em favor da população usuária.

[...] todo trabalho profissional tem uma direção política, ética e teórica. Estando estas referências explicitadas ou não num projeto de atuação, a ação profissional possui sempre objetivos – ou se presta a alcançar alguns – ainda que sejam os do próprio estabelecimento onde o assistente social atua, tenha ele consciência disto ou não (ALMEIDA, 2009, p. 406).

A realização do trabalho profissional do assistente social deve possuir objetivos bem definidos e que podem ser diferentes (ou parcialmente diferentes) das requisições que a instituição demanda. Dessa forma, é possível que um assistente social atue sem se basear em um projeto profissional (visível, palpável). A profissão é

²⁴ Conforme Netto (2009, p.145), a dimensão política no sentido amplo refere-se “às suas relações com os projetos societários”; a dimensão política num sentido estrito refere-se “às perspectivas particulares da profissão”.

composta por diferentes profissionais – e aqui se expressa a pluralidade profissional também – portanto, pode-se encontrar profissionais trabalhando na reprodução das demandas institucionais apenas.

Bravo & Matos (2009) destacam a dificuldade de, no exercício profissional, os assistentes sociais conseguirem realizar ações de fato norteadas pelo Projeto Ético-Político profissional e o de Reforma Sanitária. Isso porque os referidos projetos vão de encontro aos princípios do neoliberalismo. É possível perceber uma distância entre a intencionalidade do profissional e o que ocorre na prática, pois

[...] os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não conseguem transformá-lo em prática concreta. Assim, estes profissionais ainda reforçam os objetivos da instituição e não do Projeto Ético-Político da profissão (BRAVO, 2009, p. 39).

Ser profissional assalariado já limita as ações, e atuar de forma comprometida com valores como liberdade, igualdade e equidade exige do assistente social extrema habilidade. Iamamoto (2009) defende que o assistente social, nesse contexto, precisa ter competência para propor e negociar com a instituição os seus projetos, defender suas qualificações e competências profissionais e, além disso, precisa ir além das rotinas institucionais e analisar, no movimento e dinâmica da realidade, tendências e possibilidades de intervenção profissional, transformando-as em projeto de trabalho (IAMAMOTO, 2009).

É importante pensar que a atuação profissional se dá no cotidiano – que apresenta características como “a espontaneidade, a imediaticidade, a superficialidade extensiva, dentre outras” (MATOS, 2017, p.85) –, podendo o profissional ser absorvido pela imediaticidade das demandas que se apresentam e realizar uma intervenção acrítica. Para que o assistente social possa atuar criticamente, é necessário que seja feita a “suspensão das atividades realizadas” (MATOS, 2017, p. 148). Realizar essa suspensão, porém, é cada vez mais difícil pelas próprias condições objetivas de trabalho, cada vez mais fragilizadas – profissionais trabalhando em vários locais, terceirização, salários atrasados etc. O processo de suspensão ocorre quando o profissional reflete criticamente e se eleva a condição de humano genérico (MATOS, 2017). Dessa forma,

Para que a prática profissional nas instituições não se reduza ao atendimento imediato das demandas, faz-se necessária uma ruptura com atividades burocráticas e rotineiras: ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade, para detectar tendências e possibilidades nela presentes, passíveis de serem impulsionadas pelo profissional (IAMAMOTO, 2006 *apud* BARBOSA, 2019, p. 12).

Uma das formas de efetivar uma atuação crítica é através da sistematização²⁵ do trabalho e do registro de trabalho, que muitas vezes é enxergado pelos próprios profissionais com mera burocracia institucional (ALMEIDA, 2009). Matos (2017) destaca a importância “de se entender a documentação em Serviço Social como componente intrínseco do exercício profissional qualificado e não como uma ação burocrática” (MATOS, 2017, p.120). O autor afirma ainda que o registro de trabalho constitui uma das expressões da materialização da intervenção profissional.

Conforme a pesquisa de Vasconcelos (2002), “o registro de trabalho é utilizado para garantir a continuidade²⁶ do trabalho por outro profissional e também para registrar dados necessários à direção da unidade ou da Secretaria Municipal de Saúde, havendo prioridade, por isso, pelos dados quantitativos” (VASCONCELOS, 2002 *apud* MATOS, 2017, p. 118). Mais importante que o registro é a reflexão realizada a partir dele, pois esta tem por objetivo garantir que o trabalho profissional busque a “concretização dos direitos da população usuária dos serviços de saúde” (MATOS, 2017, p.119) e que a prática esteja alinhada aos princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social e de Reforma Sanitária.

Embora o registro profissional e a sistematização do trabalho constituam materiais riquíssimos de aproximação da realidade, eles dificilmente são utilizados pelos profissionais para realizar investigações, ou realizar a avaliação e planejamento de políticas ou da própria intervenção profissional (ALMEIDA, 2009). Com base nas publicações do Centro Latino-Americano de Trabalho Social (CELATS, 1983 *apud* ALMEIDA, 2009), a sistematização do trabalho

engloba não só os procedimentos investigativos que demarcam a ação profissional como objeto de reflexão. A sistematização da prática foi entendida pelo CELATS como todo o processo de organização teórico-metodológico e técnico-instrumental da ação profissional em Serviço Social. Neste sentido, a preocupação com a sistematização se inicia com a própria delimitação dos referenciais que orientarão a eleição dos aportes teóricos, da condução metodológica, da definição de estratégias de ação, do reconhecimento do objeto da intervenção profissional, assim como de seus objetivos e da avaliação dos resultados alcançados” (ALMEIDA, 2009, p.401).

²⁵ “No âmbito do conhecimento do ser social – posta a diferença qualitativa que existe entre conhecimento da natureza e conhecimento da sociedade –, a sistematização de dados (ou aspectos, traços, facetas) pertinentes a um fenômeno, grupo ou fenômenos ou processo(s) constitui um procedimento prévio e necessário à reflexão teórica” (NETTO, 1989, p.141).

²⁶ “Tanto em hospitais quanto em unidades básicas de saúde, o principal instrumento de registro das atividades são os livros de ocorrências. Ao analisarmos as anotações feitas nos livros de ocorrências, das unidades pesquisadas em todos os níveis de complexidade, constatamos que em geral as anotações são feitas de forma sumária e com objetivo de repassar informações/recados, pendências para o outro profissional” (COSTA, 2009, p.336).

Um papel importantíssimo da sistematização do trabalho relaciona-se aos processos de conquista de autonomia do Serviço Social nas instituições onde atua. A sistematização do trabalho do assistente social “não só auxilia o próprio reconhecimento pelo Serviço Social dos limites, dos avanços e da contribuição efetiva de sua atuação, como pode se tornar um componente importante de sua visibilidade social e institucional” (ALMEIDA, 2009, p. 404).

A construção de um projeto de intervenção profissional vai além da colocação de objetivos a serem cumpridos. Deve servir como um instrumento que permita realizar a avaliação da direção da ação profissional, de forma a fortalecer – no campo da saúde – os princípios do SUS. O projeto de intervenção, bem como a sistematização e os registros de trabalho devem servir de subsídio para realimentar²⁷ e direcionar a prática profissional (ALMEIDA, 2009). Assim sendo,

O esforço de sistematização como um componente central do trabalho do assistente social não significa, portanto, apenas a geração de dados e informações, mas um processo que envolve a produção, organização e análise dos mesmos a partir de uma postura crítico-investigativa. [...] A sistematização no trabalho do assistente social é antes de tudo uma estratégia que lhe recobra sua dimensão intelectual, posto que põe em marcha uma reflexão teórica, ou seja, revitaliza e atualiza o estatuto teórico da profissão, condição social e institucionalmente reconhecida para a formação de quadros nesta profissão (ALMEIDA, 2009, p.403).

Para Bravo & Matos (2009), compete ao Serviço Social, em articulação com outras profissões que defendem o aprofundamento do SUS, pensar formas de criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito à saúde, numa ação necessariamente orientada pelo Projeto Ético-Político e o de Reforma Sanitária (BRAVO; MATOS, 2009). Destaca-se ainda que, para o fortalecimento dos projetos citados, é imprescindível o esforço de reflexão do trabalho profissional através da realização do registro profissional, pois este é parte constitutiva do trabalho profissional (MATOS, 2017).

No próximo capítulo, continuaremos a tratar da sistematização do trabalho profissional no contexto da gestão de políticas públicas – especificamente da política de saúde – e das implicações do projeto de intervenção profissional nesse espaço institucional.

²⁷ “[...] não conseguiu, contudo, o Serviço Social forjar uma cultura profissional que se alimentasse diretamente, ou que indicasse um papel de destaque, às atividades investigativas, particularmente aos processos de sistematização do seu trabalho, tomado integral ou parcialmente segundo um variado leque de enfoques” (ALMEIDA, 2009, p.400).

CAPÍTULO III – O SERVIÇO SOCIAL NA COORDENAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DAS AP. 3.3 E 2.2: LIMITES E POSSIBILIDADES

3.1 A Atenção Primária em Saúde no Município do Rio de Janeiro

Os primórdios da atenção primária no Brasil datam da década de 1980, com a criação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, inspirada nos moldes americanos. A proposta de atendimento da atenção primária em saúde caracteriza-se como uma alternativa para atender as populações mais carentes e vulneráveis, visando a redução dos gastos com assistência médica, através da prevenção e promoção de saúde (RIBEIRO, 2007). Tem por princípios a universalidade, a integralidade, a acessibilidade, a possibilidade de continuidade do cuidado, a responsabilização pelo tratamento, além de ser a porta de entrada do usuário para acessar toda rede de atenção à saúde (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2015).

O período entre 1979 e 1985 é marcado por mudanças na estrutura da rede básica de saúde no município do Rio de Janeiro, quando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) inicia a implementação de uma política de extensão dos serviços de saúde, inspirada nos princípios propostos na Conferência de Alma Ata²⁸, em 1978, que colocava os cuidados primários à saúde como meio de se alcançar “saúde para todos os povos no ano 2000” (CAMPOS *et al*, 2016, p.1357).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge em 1993, numa conjuntura de encolhimento Estatal, com diminuição de recursos destinados à saúde, já no contexto de entronização do neoliberalismo no Brasil. Algumas experiências anteriores ao Programa já haviam ocorrido em municípios do interior, e foram essas experiências que colocaram em pauta a necessidade de reorganização do atual sistema de saúde, assumindo como base a responsabilidade territorial, a atenção às pessoas e a construção de vínculos (BRASIL, 2010a).

O PSF surge inicialmente como proposta de atenção à saúde para populações de maior vulnerabilidade. A possibilidade de ofertar acesso a serviços à uma

²⁸ “A conferência internacional de Alma Ata, no final dos anos 1970, influenciada pelo cenário político econômico dos países e pelos custos do setor saúde, incorporou elementos dessas experiências, propondo os cuidados primários em saúde como elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social.” (MELO *et al.*, 2019, p.39)

população anteriormente excluída ou mal atendida, fez com que muitos outros passassem a defendê-lo como proposta substitutiva. Contando então com maior apoio popular, o PSF passou a receber recursos diferenciados, possibilitando sua expansão para outras áreas de vulnerabilidade que até então, não possuíam recursos próprios para implementação do programa (CAMPOS *et al.*, 2016). Além do PSF, no mesmo período tivemos a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ainda que o contexto político e econômico fosse desfavorável a políticas desse tipo. A partir de 1996, ocorre como uma fusão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o PSF, passando a estruturar a Estratégia Saúde da Família (MELO *et al.*, 2019).

Sobre o processo de descentralização administrativa na saúde,

Toda a administração dos serviços de saúde da rede básica e hospitalar ficou sob a responsabilidade da Superintendência de Serviços de Saúde. A organização sanitária passou a ser administrada pela mesma instância gerencial da rede hospitalar. Esta atuação foi descentralizada para as dez Coordenações de Saúde das Áreas Programáticas (CAP). (CAMPOS *et al.*, 2016, p.1359)

Através da Norma Operacional Básica 96²⁹ houve possibilidade de alocação de recursos financeiros, em nível nacional, permitindo que diversos municípios atuassem na Atenção Primária em Saúde pela da ESF. O novo modelo buscava integrar e unificar a rede básica criando uniformidade nas ofertas de ações e serviços em saúde (CAMPOS *et al.*, 2016).

A expansão do novo modelo de saúde continua ocorrendo nos grandes centros urbanos ao longo dos anos 2000, com a incorporação e ampliação de Equipes de Saúde Bucal e criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Alguns problemas se apresentavam de forma persistente, como questões de infraestrutura inadequada, o subfinanciamento e a dificuldade de atrair médicos para atuarem na ESF (MELO *et al.*, 2019).

Os anos de 2005 e 2008 foram marcados pela expansão no número de equipes da ESF, mas pouco aumento no percentual de população atendida pela estratégia. Dessa forma, “a Saúde da Família continuava restrita a bolsões de pobreza extrema, em áreas com alto índice de violência, em vazios assistenciais” (CAMPOS *et al.*, 2016, p.1359). Além disso, ainda havia o predomínio de unidades de saúde do tipo

²⁹ Portaria que trata da redefinição do modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, “instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema” (Portaria nº 2.203 de 1996 – NOB 96).

tradicional, onde “médicos de especialidades básicas atendendo pessoas sem consistentes mecanismos de adscrição, acesso e acompanhamento) até 2009” (MELO *et al*, 2019, p. 4595).

Em 2009 as Clínicas da Família (CF) são implantadas, pensando-se questões estruturais, composição de equipes e a gestão. Nesse momento, tem início o drama municipal das Organizações Sociais de saúde (OSS), quando estas são contratadas como braço administrativo (sob a falsa imagem de conferir agilidade à administração pública burocrática, sendo esta uma expressão de um processo de privatização do SUS por dentro da própria estrutura pública, artefato do projeto neoliberal para a política de saúde). A parceria estabelecida com as OSS tinha por objetivo a adoção de

Lógicas e práticas como avaliação e remuneração por desempenho, melhoria da qualidade, normatização e busca por eficiência e transparência, coerentes com os pressupostos da reforma administrativa do estado empreendida nos anos 1990, informada pelo ideário da chamada nova gestão pública (MELO *et al*, 2019, p. 4595).

Entre os anos de 2014 e 2015 tem início uma crise política e econômica no país, que tem impactos no SUS. Dentre as repercussões da crise na saúde, podemos citar a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), formulada inicialmente em 2006, revista em 2011 e tendo proposta de uma terceira revisão em 2017, efetuando uma série de mudanças na política original. Merece destaque a questão dos ACS, cuja participação na composição das equipes de Saúde da Família passou a ser facultada (não obrigatória). Conforme Melo (2019), “houve também mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da AB) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento” (MELO *et al*, 2019, p.41). Outra questão importante foi a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016³⁰, que congela os gastos públicos com saúde e educação pelo período de 20 anos.

Ainda em relação às mudanças propostas pela PNAB 2017, destaca-se o aumento de atribuições conferidas aos ACS, passando esses a executarem ações comparadas a um técnico de enfermagem – aferição de pressão, por exemplo. A publicação mais recente da política retirou de seu texto a possibilidade de horas de

³⁰ “A Emenda Constitucional 95 foi produzida como resposta à crise em 2016, sendo implementada a partir de 2017, e tendo como eixo articulador a supressão do piso mínimo de investimento social, conforme previsto na Constituição de 1988, e limitação do aumento de gastos públicos aos níveis de inflação. Tais iniciativas tendem a comprometer o já deficitário orçamento da saúde pública no Brasil.” (PAES-SOUZA *et al*, 2018, p.173)

atividades de formação, prejudicando a política do SUS de educação permanente para os profissionais de saúde. Além disso, destaca-se a figura do gerente de serviço – a lógica gerencial em saúde (MELO *et al*, 2019), mecanismo da racionalidade neoliberal.

As alterações da PNAB 2017 terminam por enfraquecer a ESF ao reduzir o número de ACS e modificar suas atribuições, além de buscar fortalecer o modelo tradicional de cuidado em saúde (anterior a ESF). A revisão da PNAB, entre outros motivos, ocorreu em função da crise enfrentada no país, porém estudos apontam a estreita relação dos problemas de saúde com o aumento da desigualdade social.

Corroboram para essa leitura as evidências apresentadas por Vieira e Benevides que, em uma revisão de estudos sobre a crise nos países de alta renda e suas lições para o Brasil, concluíram que as crises econômicas podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades, levando à piora da situação de saúde da população. Já as medidas de austeridade fiscal, que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social, tendem a agravar os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral. (PAES-SOUZA *et al.*, 2018, p.175)

No processo de expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, as CAP tiveram papel fundamental sendo uma instância mediadora entre o poder público e as unidades prestadoras de serviços do SUS no território (BRASIL, 2007). São atribuições da Coordenadoria de Saúde de Área Programática (CAP) o planejamento, supervisão e coordenação de atividades técnicas e específicas sob sua responsabilidade; a elaboração de normas visando promover e coordenar as ações em atenção primária à saúde; auxiliar o município na elaboração de ações em atenção primária, entre outras (BRASIL, 2010b). São atribuições das CAP controlar os serviços e executar as ações de saúde, administrativas e orçamentárias, pertinentes ao respectivo território, além de subsidiar os órgãos e Unidades Básicas de Saúde (UBS) na definição de programas, nos levantamentos epidemiológicos, nas ações administrativas, na gestão de recursos humanos e no planejamento de obras de engenharia e sua execução; Planejar, programar, coordenar, supervisionar e controlar o desenvolvimento das ações de saúde da rede de serviços de saúde, em consonância com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, entre outras atividades.

No próximo item, trataremos especificamente da atuação do Serviço Social nas CAP 2.2 e 3.3 no trato com as notificações compulsórias de violência através da ficha SINAN e as possibilidades de intervenção profissional no ambiente de gestão.

3.2 O trabalho profissional do Serviço Social nos Grupos Articuladores Regionais

Neste item, serão apresentados dados referentes à notificação compulsória SINAN obtidos nos períodos de estágio – entre janeiro e outubro de 2018 por ocasião da realização dos estágios obrigatórios I e II na CAP 3.3 – e entre janeiro e outubro de 2019 – estágio obrigatório na CAP 2.2.

A questão social apresenta diversas manifestações, sendo uma delas a violência. Este fenômeno pode assumir diversas formas: violência doméstica, de gênero, intrafamiliar, interpessoal, autoprovocada, violência psicológica, financeira, moral, entre outros. Associado à questão da violência, que se expressa nas relações sociais, o contexto social dos indivíduos pode apresentar outras expressões da questão social que podem se somar à violência, como por exemplo: a fome, o desemprego, a submoradia, a pobreza (LIMA *et al*,2017).

Por muitos anos, a questão da violência foi negligenciada pela falta de políticas públicas para seu enfrentamento. Somente a partir da publicação da Portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001 foi instituída a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Passou-se a considerar a violência como um problema de saúde pública, sendo necessárias ações integradas entre os diversos setores da sociedade visando seu enfrentamento. A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998).

Em 2009 foi regulamentado o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV) no Município do Rio de Janeiro, através da Resolução "P" da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) nº 1507 de 20 de outubro de 2009. Incluso no NPSPV, estão os Grupos Articuladores Regionais (GAR) , alocados em cada uma das Coordenadorias de Saúde de Área Programática (CAP) do município, tendo por objetivos a elaboração de diagnóstico regional a partir dos dados da ficha de notificação individual, violência interpessoal/autoprovocada; a elaboração de plano de ação para enfrentamento das situações de violência nos respectivos territórios; fortalecer o atendimento da pessoa em situação de violência em todos os níveis de assistência à saúde; promover a

articulação dos serviços e da rede local para atendimento às pessoas em situação de violência; desenvolver a promoção de saúde através do estímulo à cultura de paz; desenvolver ações educativas permanentes junto aos profissionais de saúde para o atendimento a pessoas em situação de violência (D.O. RIO, 2016).

A notificação de casos de violência ou de suspeita passou a ser compulsória nas situações que envolvem crianças e adolescentes (Portaria nº 1.968 de 2001), violência contra a mulher (Lei nº 10.778 de 2003), violência contra o idoso (Lei nº 10.741 de 2003). Atualmente, a obrigatoriedade de notificação ocorre em “caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violência homofóbica contra mulheres e homens em todas as idades.” Além disso, no caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as “violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT” (Ministério da Saúde, 2016). De acordo com Lima (2015), a ficha de notificação compulsória

Destina-se, em primeira instância, ao serviço local incumbido de controlar a ocorrência. Quando reunidas de forma sistematizada, as notificações passam a compor sistemas de informações próprios que possibilitam o acompanhamento das características do fenômeno estudado, sua distribuição e tendências (LIMA; DESLANDES, 2015 p.662-663).

A ficha de notificação de violências é mais do que um instrumento para coleta de dados. Ela representa, dentre tantas coisas, um dos passos da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de Violência (BRASIL, 2010c). Além da comunicação da ocorrência ou suspeita de violência, está previsto “o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz” (BRASIL, 2017, p.7).

A ficha de notificação compulsória SINAN não é um instrumento do Serviço Social, porém há possibilidades de utilizar esse documento institucional para criação de documentação do Serviço Social, a partir dos dados obtidos na análise da referida ficha. Em outras palavras, o Serviço Social pode desenvolver uma forma de documentação a partir da ficha de notificação SINAN, de forma a contribuir para a análise da realidade, além de possibilitar a sistematização da prática. Para que ocorra

sistematização, é necessário haver documentação, e a ficha SINAN poderia servir de base para esse processo.

É importante destacar que a notificação compulsória de violência ou suspeita não equivale à denúncia policial. É um instrumento interno cujo acesso se dá na saúde e equipamentos que visam a defesa e garantia de direitos.

A Notificação Compulsória não é denúncia policial. O seu objetivo é subsidiar ações de prevenção e o enfrentamento da violência, bem como a implementação de políticas públicas às vítimas. E isto precisa ser uma constante junto à equipe. A desinformação e desconhecimento, entre os profissionais de saúde, têm a ver com o entendimento do fenômeno da violência, que, muitas vezes, é visto como causa externa à área da saúde, ou seja, caso de segurança pública, exclusivamente. A notificação compulsória, como estratégia de enfrentamento à violência, possibilita o trabalho intersetorial, primordial na atenção básica à saúde como coordenadora do cuidado (RIBEIRO, 2018, p.127-128).

As fichas de notificação compulsória (NC) de violência preenchidas nos equipamentos de saúde alimentam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), formando assim um importante banco de dados capaz de subsidiar ações e políticas públicas nessa área. Através da análise dos dados do SINAN foi possível observar, por exemplo, que em determinado período³¹ a maioria dos casos notificados de violência doméstica referia-se à mulheres e crianças/adolescentes. Os casos que envolviam mulheres, em geral eram de violência física e alguns de violência sexual. A maioria dos casos que envolviam crianças/adolescentes eram de violência sexual. Através da análise dos dados e do território, pode ser possível pensar em ações para a prevenção de situações de violência.

As CAP oferecem suporte às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território através da qualificação dos serviços prestados, por exemplo, mediante a organização e esclarecimentos de fluxos e protocolos de atendimento, além da articulação com a rede socioassistencial local. As UBS da região recorrem à CAP e especificamente, no caso, ao Grupo Articulador Regional (GAR), para pensar ações de prevenção às situações de violência.

³¹ Referente às notificações de violência da AP 3.3 de 2017, observado durante a realização do estágio obrigatório I na CAP 3.3 em 2018.

O GAR, criado em 2009 e implementado na CAP 3.3³² em 2011, está inserido na Divisão de Ações e Programas de Saúde DAPS. Já na CAP 2.2³³, o Serviço Social - que também compõe o GAR da CAP 2.2 - está alocado na Divisão de Vigilância em Saúde (DVS), setor privilegiado pela presença das fichas de notificação, facilitando o acesso direto aos dados a violência na saúde. A atuação do Serviço Social no GAR³⁴ das CAP tem por objetivo a elaboração de um plano de prevenção e enfrentamento das violências, além da realização do diagnóstico regional a partir dos dados da ficha de NC, o que viabiliza o planejamento de ações e políticas públicas de enfrentamento da violência no território. Além disso, o Serviço Social no GAR visa garantir o atendimento da pessoa em situação de violência em todos os níveis de assistência à saúde através da aproximação com as UBS pela realização de reuniões para discussão de casos, parcerias com a rede socioassistencial e outros equipamentos territoriais.

Os casos de NC de violência são acompanhados através da planilha compartilhada (via *google Drive*) do GAR – cujo acesso é permitido aos profissionais da UBS de referência do caso e ao gerente da UBS – além do acompanhamento junto à unidade de saúde sobre a situação do paciente. Também ocorrem visitas às UBS objetivando desenvolver ações educativas permanentes e de sensibilização dos profissionais de saúde para o atendimento a pessoas em situação de violência.

A partir da experiência de estágio no GAR das CAP 3.3 e 2.2 e realização de breve análise documental foi possível observar que apesar da obrigatoriedade da notificação de casos confirmados ou de suspeita violência, as UBS notificam pouco ou de forma inconsistente – quando ocorre o preenchimento da ficha de NC de forma errada ou incompleta, ficando em branco ou ininteligíveis alguns campos da ficha que são essenciais para o acompanhamento do caso. Esse fato se deve, segundo Garbin *et al*,

[...] à falta de informações técnicas e científicas do assunto, além da escassez de regulamentos que firmam procedimentos técnicos, ausência de

³² O território adscrito pela CAP 3.3 compreende os bairros de Pavuna, Costa Barros, Barros Filho, Coelho Neto, Parque Columbia, Acari, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo Albuquerque, Guadalupe, Deodoro, Marechal Hermes, Honório Gurgel, Rocha Miranda, Turiaçu, Oswaldo Cruz, Bento Ribeiro, Madureira, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Campinho, Cascadura, Quintino, Irajá, Colégio, Vista Alegre, Vila da Penha, Vila Kosmos, Vicente de Carvalho e Vaz Lobo.

³³ A CAP 2.2 engloba os bairros de Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.

³⁴ O GAR da CAP 3.3 era composto, no período de estágio (2018) por duas assistentes sociais e um dentista. Já o GAR da CAP 2.2 (2019) era composto por uma assistente social, um médico e uma psicóloga.

mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra no sigilo profissional (GARBIN *et al*, 2015, p. 1880).

Algumas outras hipóteses sobre a subnotificação de violência são levantadas por diversos autores. Um dos aspectos levantados pode estar relacionado à questão da fragilização dos vínculos de trabalho, que causa alta rotatividade de profissionais. Outro aspecto conforme Lima (2015), relaciona-se ao desconhecimento por parte dos profissionais de saúde da importância e dos usos da ficha de notificação. Existe a preocupação dos profissionais de saúde com questões de sigilo relacionadas a ficha de NC e possibilidade de quebra de vínculo. Além disso, ocorre uma imprecisão sobre quem deve notificar – se existe um profissional “específico” para isso.

O processo de precarização e flexibilização das relações trabalhistas vem implicando em aprofundamento da fragilização dos vínculos de trabalho, o que faz com que a rotatividade de profissionais seja alta. Os profissionais da saúde recebem treinamentos, participam de reuniões e palestras de sensibilização sobre o tema e devido às frequentes trocas de contrato, são substituídos. Grande parte do trabalho de qualificação realizado se perde. A rotatividade de profissionais e as constantes trocas de contratos prejudicam a formação e qualificação profissional, impactando na obtenção qualificada de dados da realidade que permitam subsidiar políticas públicas mais efetivas, além de impactos no atendimento de forma integral às pessoas em situação de violência.

Pode ser que exista alguma resistência institucional em relação ao registro, como se o ato de registrar fosse elementar, ou que seria apenas “preencher mais um papel”. O registro muitas vezes é confundido com burocracia. Em relação ao preenchimento da ficha de notificação compulsória, é necessário realizar ações de conscientização e quebrar resistências para o preenchimento desse instrumento que, quando bem utilizado, é capaz de articular o trabalho em rede e promover ações no enfrentamento a situações de violência.

De acordo com Lima (2015), o descuido na devolução de informações aos notificantes, retorno sobre análises realizadas a partir dos dados coletados e ações que foram desencadeadas, faz com que haja descrédito em relação as notificações por parte dos profissionais de saúde. Dessa forma,

Segundo Njaine e Souza (2006), resistências do profissional de saúde à tarefa de preencher formulários que geram a informação ocorrem basicamente por duas razões: primeiro, por uma cultura que tradicionalmente desvaloriza o registro, e, em segundo, porque não há um retorno em termos

de ações e medidas concretamente desencadeadas a partir da informação gerada (NJAINÉ; SOUZA, 2006 *apud* LIMA; DESLANDES, 2015 p.669).

Muitos profissionais de saúde têm medo de realizar a notificação por receio de romper vínculos com seus pacientes, comprometendo o atendimento em saúde e ocasionando quebra na relação de confiança estabelecida. Outro inibidor de notificações na saúde pode estar relacionado ao medo de retaliação e identificação do profissional que realizou a notificação. A ficha de NC apresenta no final o espaço destinado a identificação do profissional notificante, que em geral assina. Conforme recomendações do Ministério da Saúde (2017),

Recomenda-se que as comunicações exigidas por lei às instâncias de proteção e responsabilização não sejam feitas com a cópia da ficha de notificação, mas em um informe sintético que não identifique o(a) profissional ou o serviço que notificou. Essa medida visa proteger os(as) profissionais que realizam as notificações. [...] Os(as) gestores(as) no nível local devem definir estratégias para proteção dos(as) trabalhadores(as) de saúde para que estes(as) exerçam sua atividade profissional seguindo os princípios da ética, da humanização, da integralidade e garantindo que a notificação seja realizada como um ato de cuidar e proteger (BRASIL, 2017, p.11).

Apesar da orientação oficial do Ministério, o que ocorre na rotina dos serviços é a ausência dessas garantias. De acordo com Ribeiro (2018), “[...] não existe garantia de sigilo dessa notificação, nem de proteção da integridade do denunciante. Isto acaba por ocasionar uma resistência dos profissionais em realizar tal denúncia por medo de represálias ou ameaças” (MONTEIRO, 2010 *apud* RIBEIRO, 2018, p.125).

Em relação a quem deve realizar a notificação, novamente, existe a orientação do Ministério da Saúde (2017)³⁵ que estabelece que a ação de notificar não se restringe a determinada categoria profissional, mas cada serviço e equipe tem autonomia para definir isso. Essa “liberdade” acaba fazendo com que a notificação não seja preenchida no momento oportuno. Dessa forma, conforme Silva³⁶ (2015),

³⁵ “Todos(as) profissionais de saúde devem notificar. A notificação é compulsória em conformidade com a legislação. Ela não se restringe a uma ou outra categoria profissional. O ideal é que o(a) profissional que fez o atendimento também faça a notificação. Todavia, a equipe ou o serviço de saúde tem autonomia para definir qual profissional preencherá a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, de acordo com o contexto de cada caso.” (BRASIL, 2017, p.11)

³⁶ A autora destaca ainda outros fatores que interferem no processo de notificação: “Os sentimentos de incerteza, raiva, projeção, ansiedade e impotência que surgem diante de uma situação que envolve violência contra crianças e adolescentes, assim como o medo de represália por parte dos agressores, falta de conhecimento sobre a notificação, ausência de mecanismos legais de proteção ao denunciante e notificação infundada são algumas dificuldades encontradas na literatura para justificar o não envolvimento dos profissionais em uma determinada situação de violência, o que parece estar relacionado a um mecanismo de defesa do ser humano, de modo a amortizar seus próprios sentimentos.” (SILVA, 2015, p.146)

Assim, a decisão de notificar não se restringe às determinações legais, mas sim, às peculiaridades de cada caso, sendo influenciada por fatores de ordem pessoal dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido e pelas próprias estruturas dos serviços de saúde, que, na sua maioria, são deficientes, segundo tem se destacado na literatura nacional e internacional, constituindo-se em um dos principais desafios dos trabalhadores da área da saúde para realizar a notificação (SILVA, 2015, p.145).

Diante do exposto, evidencia-se a importância da realização da notificação de violência ou suspeita, sendo a ficha de NC muito mais que um instrumento, capaz de possibilitar a obtenção de dados no desvelamento da realidade, embasando ações de enfrentamento e prevenção às situações de violência. No entanto, fica claro também a necessidade cada vez maior de tornar público a importância do instrumento como mecanismo de proteção às pessoas e famílias em situação de violência, a partir de ações que são realizadas através da articulação com os equipamentos do território. No próximo item, relataremos algumas experiências na prevenção e enfrentamento de situações de violência que ocorreram a partir da identificação pelo GAR de mudanças no perfil das notificações nas áreas programáticas.

3.3 Sistematização do trabalho e a dimensão política profissional: relato de ações de prevenção às violências a partir da ficha de notificação SINAN e o projeto de intervenção profissional

A prática do registro e sistematização de dados na atuação do Serviço Social é atividade essencial e que exige esforço e tempo do profissional para romper com a imediatividade do cotidiano e fazer um esforço reflexivo, sendo esse esforço componente central, do ponto de vista do projeto ético-político, que possibilita uma prática profissional crítica e comprometida com as necessidades reais da classe trabalhadora. Em se tratando da atuação do Serviço Social em um órgão de gestão da saúde, torna-se imprescindível o registro pois este é capaz de subsidiar as ações profissionais, dificultando que o profissional caia irrefletidamente na rotina burocrática dos serviços.

[...] o registro e a sistematização da prática do assistente social é uma forma que possibilita ao profissional materializar seu trabalho e transcender a rotina institucional. É através do registro e da sistematização que o profissional pode conhecer a realidade a qual ele opera. São os registros que possibilitam ao profissional problematizar, analisar o seu trabalho para dar respostas qualificadas as demandas, potencializando uma ação vinculada aos pressupostos do projeto ético-político da profissão (VALIENTE, 2010, p.26).

A atuação profissional, segundo Mioto e Nogueira (2009, p.287) “sem um processo contínuo de pensar racionalmente as ações corre-se o risco de se submeter a práticas burocratizadas, escoradas em um pretenso valor eficiente, imobilizada em atividades rotineiras e repetitivas”.

A não sistematização do trabalho indica determinada concepção de profissão, assim como a direção política, ética e ideológica. Nesse sentido, é importante pensar os desafios e limites em relação a sistematização do trabalho profissional na instituição em análise. Em função da intensificação do trabalho, o Serviço Social acaba não se debruçando sobre os dados disponíveis. A equipe de estagiários muitas vezes se debruçava sobre esses dados, porém com os limites impostos pela formação em andamento. Segundo Almeida,

O esforço de sistematização determina, portanto, alguns caminhos, algumas trilhas a serem observadas. Salienciamos inicialmente que, explicitamente ou não, um esforço de sistematização do trabalho do assistente social, assim como a própria reflexão produzida nesta direção, informa uma dada concepção de profissão (ALMEIDA 2009, p.405).

Durante a realização do estágio obrigatório no GAR da CAP 2.2, foi possível observar, através da Planilha de Violência da unidade, que em determinado período de 2019, a maior parte do número de notificações de violência era proveniente de unidades de emergência, como as UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e o IML (Instituto Médico Legal). Ao realizar uma análise dessas NC e as unidades notificadoras foi possível identificar que, por se tratarem de serviços de emergência, na maioria das vezes a violência em estágio mais grave já ocorreu (não são notificações de suspeita). Quando há notificação de violência ou suspeita pelas UBS, há possibilidade de ação das equipes antes que ocorram situações extremas como as que são notificadas pelos serviços de emergência.

O dado explicitado acima foi trabalhado através da análise dos números de notificações de todas as unidades de saúde do território abrangido pelas CAPs de estágio. Foi realizado registro dos dados e posterior sistematização, com objetivo de identificar os determinantes que justificassem o elevado número de notificações em equipamentos de emergência e uma das possibilidades levantadas foi a de que, por serem equipamentos de emergência, as pessoas que eram atendidas, na maioria das vezes, apresentavam lesões sérias ou estavam em situação de vulnerabilidade pela violência; além disso, nos equipamentos de emergência, o fluxo de atendimento é rápido, não ocorrendo a mesma construção de vínculos da atenção primária, o que

poderia facilitar a notificação por parte dos profissionais de saúde sem medo do rompimento de vínculo com pacientes.

Conforme observado, fica evidente a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde sobre a importância da ficha de NC, além de sensibilização sobre situações de suspeita ou casos confirmados de violência nas UBS. É importante demonstrar quais são os desdobramentos que ocorrem com a ficha de NC de violência destacando as ações que ocorrem no sentido da garantia de direitos e proteção das pessoas em situação de violência. A ficha de NC não é apenas mais um papel a ser preenchido, mas um importante instrumento que pode auxiliar na efetivação de direitos de pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Como apontado por estudiosos do tema, a ausência de ações de controle por parte da gestão, os quais frequentemente descuidam de dar retorno aos notificantes, dos resultados das análises realizadas e das ações que foram desencadeadas corroboram também para o descrédito dos propósitos da notificação por parte dos profissionais de saúde (TEIXEIRA *et al*, 1998 *apud* LIMA; DESLANDES, 2015, p.666).

O acompanhamento dos dados referentes aos tipos de notificação de violência faz parte da rotina do Serviço Social no GAR. A observação de possíveis mudanças no perfil de notificações aliada ao esforço de registro e sistematização de dados possibilitou, por exemplo, a identificação da ocorrência de casos de suicídio entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da AP 3.3. Uma nova demanda que também se colocou no ano de 2018 foi do aumento no número de notificações de violência autoprovocada e tentativas de suicídio em crianças da Área Programática 3.3. Foi possível observar o surgimento de uma nova demanda também na região da CAP 2.2 em 2019, que foi a notificação de casos de violência autoprovocada em pessoas trans. A seguir, descreveremos essas três experiências exitosas que aliaram a sistematização de dados, registro e ações de enfrentamento e prevenção à violência.

A) *Questões dos ACS e profissionais de saúde: a tenda do conto*

Durante o ano de 2018, devido à crise financeira que afetou o Estado e município do Rio de Janeiro, os salários de várias categorias profissionais foram pagos de forma irregular, o que ocasionou, entre outras formas de reivindicação, a greve dos ACS e profissionais de saúde. Constantes mudanças na gestão da Política Municipal de Saúde também contribuíram para o aprofundamento do cenário de instabilidade na saúde.

O contingente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também vem sofrendo redução. Entre 2016 e 2017, as reduções foram menos intensas, havendo diminuição de 1,2%, 1,8% e 2,4% na quantidade de médicos da APS, médicos não APS e ACS, respectivamente. Entre 2017 e 2018, no entanto, as reduções foram de 11,1%, 9,4% e 10,4%, respectivamente. [...] A diminuição no número de ACS demonstra um alinhamento com a PNAB 2017, que prevê menos profissionais por equipe, possibilitando ao gestor local o corte de postos de trabalho para diminuir custos.” (O'DWYER *et al*, 2019, p.4558 – 4559)

Importante destacar, sobre a situação dos trabalhadores da saúde em geral, e em especial dos ACS, a forma de contratação que ocorre via contrato mediado pelas OSs. Esse tipo de vínculo é bastante fragilizado e deixa o trabalhador em situação de incerteza, sendo muitos os casos de não cumprimento de contrato por parte das organizações sociais, como o não pagamento de salários, atrasos, dentre outros. A utilização dessa forma de contratação (via organização social) facilita o “enxugamento” de verbas nas situações de crise orçamentária, conforme O'Drwyer *et al* (2019),

Em cenário de crise financeira, o modelo de gestão baseado em contrato com organização social mostra-se mais suscetível a reajustes e contingenciamento pela flexibilidade dos contratos, do que despesas vinculadas da prefeitura, como, por exemplo, a folha de pagamento do servidor público estatutário, podendo agravar questões orçamentárias como um todo, com destaque para a provisão de profissionais de saúde (O'DWYER *et al*, 2019, p.4560).

Para agravar o cenário de caos orçamentário vivenciado pelas políticas públicas no ano de 2017, foi sancionada no final de 2016 a Emenda Constitucional nº 95/2016, que institui um novo regime fiscal para ser implementado no orçamento da Seguridade Social. Em outras palavras, a aprovação da EC 95/2016 congela os gastos com políticas públicas (incluindo a saúde) pelo período de vinte anos, aumentando o cenário de incertezas entre os profissionais e a população usuária do sistema.

Estima-se que a partir do congelamento do orçamento federal da saúde e educação possa haver nos próximos 20 anos uma retirada de cerca de 200 bilhões de dólares do orçamento do SUS. A última versão da PNAB põe em risco os avanços conquistados pela ESF, como universalidade, integralidade e equidade na atenção. Além de potencializar desassistência, possibilita escolhas políticas que privilegiem recursos para a média e alta complexidade em detrimento da APS (O'DWYER *et al*, 2019, p.4565).

A partir de análise em relatórios do GAR de 2017 foi possível observar um aumento no número de fichas de notificação de violência autoprovocada envolvendo ACS da região (inclusive chegando ao suicídio). É importante destacar o contexto de trabalho dos ACS, onde grande parte está lotada em Unidades Básicas de Saúde de

territórios marcados pela violência, estavam com os salários atrasados, praticamente pagando para ir trabalhar, e se sentindo abandonados pois eram vistos e cobrados como se fossem máquinas de fazer visita aos usuários das clínicas e produzir números para a atenção básica. Com os casos de tentativa e suicídio por profissionais que são responsáveis por facilitar o acesso aos serviços de saúde de pessoas em situação de sofrimento e violação de direitos, passou-se a atentar que os ACS cuidam de pessoas, mas que eram negligenciados em relação ao seu próprio cuidado e a garantia de acesso a direitos básicos de proteção social. Quem estava cuidando desses profissionais? Como lidar com a dor do outro diariamente quando se tem tantas incertezas em relação ao seu próprio futuro?

Durante a realização de uma oficina de qualificação sobre notificação de violência numa UBS da AP 3.3, foi realizada uma dinâmica de grupo e um dos profissionais se desenhrou num caixão. Após a oficina, as assistentes sociais se reuniram com um profissional de referência na UBS para traçar estratégias de cuidado e atenção a este profissional que claramente estava em situação de sofrimento. O sofrimento relatado pelo profissional tinha raiz no trabalho que ele realizava, na exploração a que ele estava submetido, às péssimas condições de realizar suas tarefas, às incertezas geradas pela precarização dos vínculos trabalhistas, em suma, às expressões da questão social. Indicativo, entre outros elementos da associação entre condições de trabalho e adoecimento mental, o que tem base na própria lógica do trabalho estranhado no capitalismo. Esse caso despertou a atenção dos profissionais às situações de sofrimento vivenciadas por eles mesmos, necessitando de um espaço de fala e discussão, potencializando o cuidado entre os pares.

O suicídio constitui o ato em si cujo objetivo é pôr fim à própria existência. Durkheim (2000) afirmava que o suicídio é um fato social: tem uma significação, uma mensagem que o indivíduo quer transmitir. Para a pessoa chegar nessa situação, ela já deve estar passando por muitas situações de sofrimento extremo, e antes de cometer o ato, ela fornece alguns “sinais” como o isolamento extremo, desânimo, frequentemente diz que preferia estar morto, não consegue enxergar nenhuma solução para os problemas a não ser a morte.

É importante pensar o suicídio para além do estudo clássico de Durkheim, considerando o quanto a sociabilidade capitalista produz sofrimento e adoecimento mental. Marx (2006), em sua obra “Sobre o Suicídio”, afirma que entre as causas do suicídio estão “a exoneração de funcionários, a recusa de trabalho, a súbita queda

dos salários, em consequência de que as famílias não obtinham os meios necessários para viver, tanto que a maioria delas ganha apenas para comer (MARX, 2006, p.48). Ou seja, por trás das causas do suicídio muitas vezes podemos encontrar mazelas inerentes a exploração capitalista, ou seja, a questão social se expressa das formas mais extremas.

Foi pensando em atender a essa nova demanda que as assistentes sociais da CAP 3.3 decidiram implementar um meio de aliviar as angústias desses profissionais. Passaram a ser realizadas oficinas da Tenda do Conto (SILVA, 2014): uma metodologia desenvolvida por uma enfermeira, cujo intuito era proporcionar um local livre de fala para os idosos que eram atendidos pelos ACS e sempre tinham muitas histórias para contar. No caso das oficinas da Tenda do Conto, realizadas na AP 3.3, o objetivo era proporcionar um local de fala sobre os sofrimentos e angustias dos profissionais de saúde, principalmente os ACS, livre de julgamentos e preconceitos.

A realização das Oficinas da Tenda do Conto para os profissionais das UBS foi uma excelente oportunidade de mostrar que esses profissionais estão sendo acompanhados, e que muitas situações de sofrimento se repetem: ao contarem suas histórias no grupo, eles se reconhecem na história do outro, ou seja, as situações de sofrimento são expressões diversas da questão social, incidindo principalmente no ambiente de trabalho, caracterizado pela pressão política e instabilidade do emprego. A realização da oficina promoveu certa melhora no relacionamento entre os profissionais, gerando um ambiente de maior compreensão do outro como alguém além do “profissional da clínica”. Era uma forma de resgatar a humanidade daquele que era visto como mais uma engrenagem que fazia o sistema de saúde funcionar.

A presença de assistentes sociais nas oficinas possibilitou o reconhecimento de pessoas em potencial risco de suicídio e seu encaminhamento para acompanhamento psicológico. A presença do Serviço Social nessas oficinas conferiu uma condução crítica aos temas, fazendo os participantes se enxergarem não como vítimas, mas inseridos num sistema que é opressor e desigual, onde as políticas sociais públicas são cada vez mais sucateadas e os trabalhadores mais desvalorizados. Os problemas não são individuais, mas se repetem e afetam cada trabalhador de diversas formas, mas com a mesma origem. Além disso, a atuação do Serviço Social no contexto das oficinas teve por objetivo mostrar que existem demandas próprias dos profissionais de saúde que não podem ser negligenciadas em detrimento das demandas institucionais. A realização dessas oficinas com os

profissionais de saúde é um grito de resistência diante da lógica produtivista na saúde, à precarização e intensificação da exploração desses trabalhadores.

Em relação aos encaminhamentos dados aos casos de potencial risco de suicídio e outros que necessitavam de maior atenção, era realizada articulação com os CAPS e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do território para acompanhamento psicológico. Após os encaminhamentos, os casos continuavam sendo acompanhados para ver a evolução e a necessidade de outras articulações. A realização das Oficinas da Tenda do Conto nas Unidades Básicas de Saúde (e em outros equipamentos do território também) configuraram uma potente forma de promoção da saúde.

B) Os casos de tentativa de suicídio e violência autoprovocada da CAP 3.3 em crianças e a conexão com o jogo “baleia azul”.

A realização da sistematização e problematização dos dados de notificação, que chegavam diariamente, permitiu observar uma mudança no perfil das notificações envolvendo crianças e adolescentes, evidenciando um aumento no número de casos de violência autoprovocada em 2018 neste grupo - época em que ocorreu o fenômeno da “Baleia azul”. Sobre o jogo,

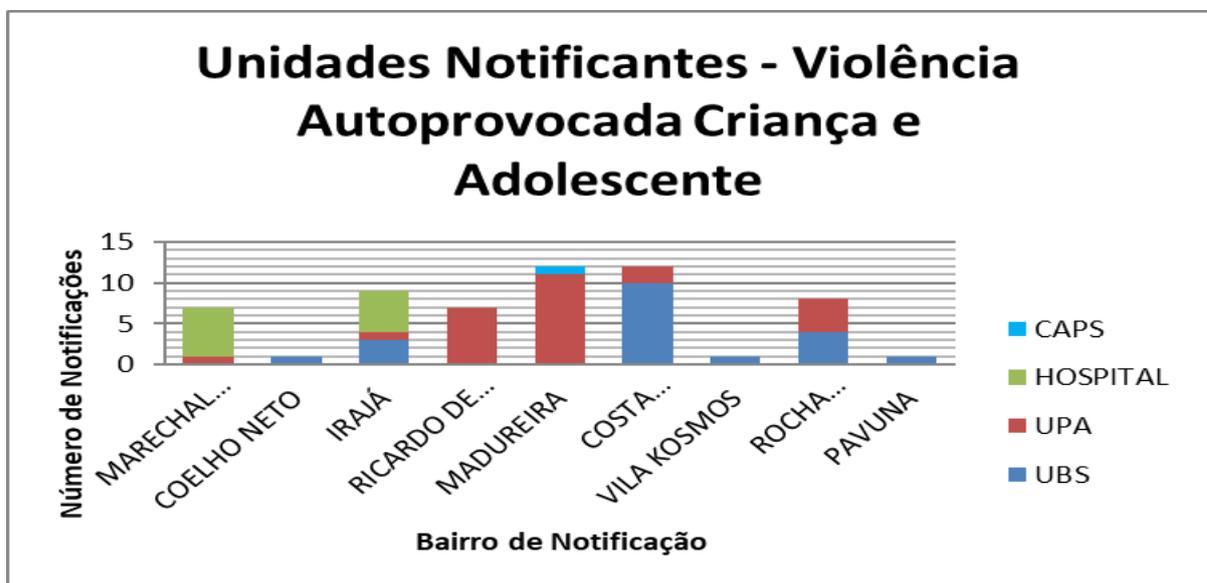
Os primeiros indícios da existência do desafio foram identificados na Rússia, após o suicídio de vários jovens que estariam participando de comunidades virtuais. [...] O jogo estabelece 50 desafios por dia que culminam com o suicídio do participante. [...] Entre as provas propostas há metas como o uso de objetos cortantes para escrever códigos, cortar os lábios ou desenhar uma baleia no antebraço usando uma gilete como pincel. [...] O curador pede ainda que o participante acorde de madrugada para ouvir músicas psicodélicas, que assista a filmes de terror selecionados por ele durante 24 horas, ou que fique nas margens de pontes e telhados. Será ele, ainda, quem marcará a data e a forma com a qual a vítima terminará com sua vida, às vezes se atirando de algum lugar, outras ingerindo quantidades absurdas de remédios” (BEDINELLI; MARTÍN, 2017).

Ao observar essa mudança no perfil, a equipe do GAR traçou rapidamente estratégias para realização de palestras em escolas e outros equipamentos do território, além de articular todas as linhas de cuidado sobre o assunto. Foi transmitido um “alerta” sobre o assunto para todas as unidades de saúde do território, gerando uma grande mobilização sobre o tema. A partir disso, foram realizados diversos trabalhos pelo território, onde houve atuação conjunta de equipes de saúde nas

escolas (Programa Saúde na Escola – PSE) e o RAP (Rede de Adolescentes Promotores da Saúde) da Saúde.

Em pesquisa ao banco de dados DataSUS³⁷ foi possível observar que o número de notificações de violência autoprovocada em crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro, em 2016 foi de 236. Já no ano de 2018, o número de notificações deste tipo chegou a 704, representando um aumento de aproximadamente 298%. Esse dado refere-se ao município como um todo, porém através de reuniões locais e solicitações de escolas do território, foi percebida a demanda crescente no território.

Através da análise das notificações de violência autoprovocada da AP 3.3 foi possível perceber que, do total de 232 notificações de violência autoprovocada no território (período observado de janeiro a outubro de 2018), 25% referiam-se a crianças e adolescentes (58 notificações). Conforme podemos observar no gráfico a seguir, a maioria das unidades de saúde que notificaram situações envolvendo crianças e adolescentes são UPA e hospitais da região, o que pode indicar que essas notificações são resultantes de atendimentos emergenciais onde provavelmente já ocorreu uma violência mais grave.

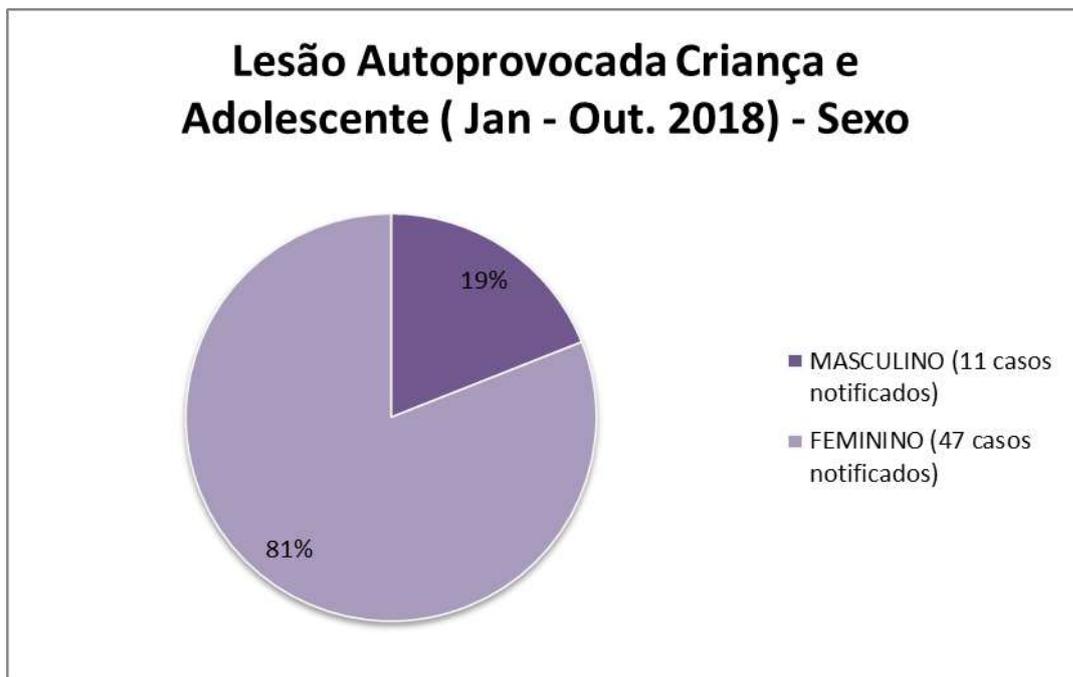


Fonte: Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) – CAP 3.3³⁸

³⁷ Pesquisa realizada em 19 de abril de 2022, utilizando-se os campos “violência interpessoal/autoprovocada – Rio de Janeiro – Frequência por Faixa Etária segundo mês da Notificação – ano da notificação (2016 e 2018) – Município de Notificação: 330455 Rio de Janeiro – Ciclo vida autor: criança, adolescente – Faixa etária: 1-4, 5-9, 10-14, 15-19 – Lesão autoprovocada: sim”. Os dados referentes ao ano de 2017 não estavam disponíveis no site, no momento da pesquisa.

³⁸ Dados extraídos do Relatório Final de Estágio na CAP 3.3 em 2018.2

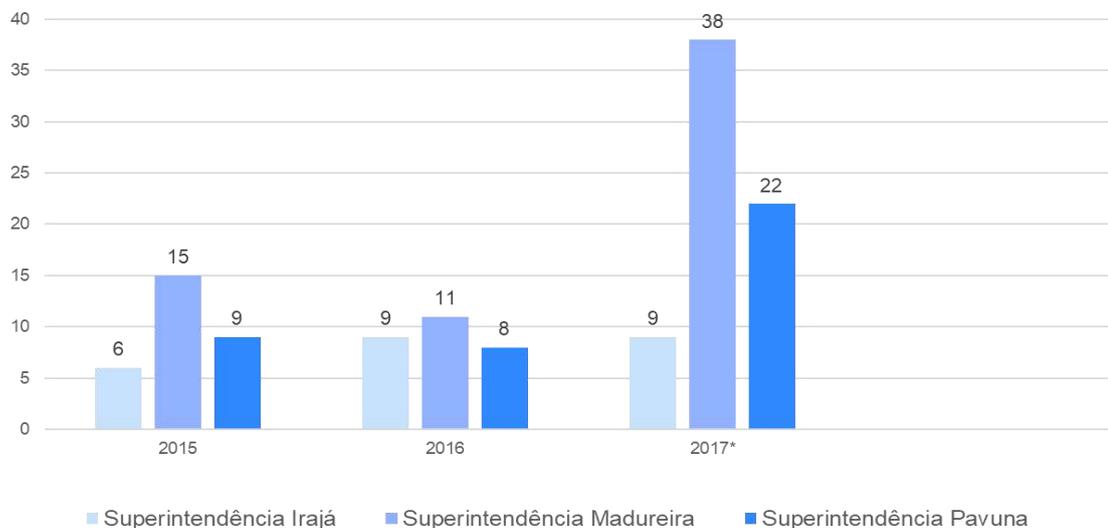
Outro dado importante de destacar é o fato de crianças e adolescentes do sexo feminino apresentarem maiores números de notificações do que os do sexo masculino. Isso pode se justificar, segundo estudos, pelo fato de as mulheres tentarem suicídio utilizando-se de métodos “menos letais” como por exemplo, através de cortes e ingestão exagerada de remédios, enquanto os homens utilizam-se geralmente de meios mais “agressivos” como enforcamento e armas de fogo (Guia de Referência Rápida, SMS, 2016).



Fonte: Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) – CAP 3.3

A seguir, serão apresentados alguns dados sobre as notificações de violência envolvendo crianças e adolescentes no território da AP 3.3, sendo possível observar o aumento no número de notificações no decorrer dos anos 2015 a 2017. O aumento das notificações para este grupo etário específico está vinculado à realização de treinamentos e sensibilizações dos profissionais de saúde da região e do município como um todo.

Distribuição de notificações de violência autoprovocada em crianças e adolescentes residentes da AP 3.3, segundo ano de notificação e superintendência (2015-2017)



Fonte: SINAN NET
2017: banco de 06/11/2017

Fonte: Apresentação “Plano de Gerenciamento de problemas GAR Saúde Mental CAP 3.3 – 2018

Especificamente em relação ao desafio da “baleia azul”, além da notificação de violência da saúde, a articulação entre escola e UBS, seja por ações do PSE ou do RAP da Saúde, permitiu a aproximação das políticas e o reconhecimento dessa nova demanda que foi apresentada pelas próprias crianças no momento de realização de algumas atividades. É importante destacar que dificilmente jovens e adolescentes frequentam os equipamentos de saúde – geralmente quando já estão adoecidos – então é importante que ocorram ações em locais frequentados por esse público de forma mais efetiva, sendo as escolas um ótimo exemplo. Segundo um estudo realizado nas UBS do Espírito Santo, sobre a realização de ações de promoção de saúde e cultura de paz entre adolescentes, atividades realizadas nos consultórios das UBS tem pequeno alcance diante do que poderia ser realizado através da articulação com outros equipamentos no território.

A desarticulação entre as instituições e os setores que poderiam atuar juntos com a área da saúde na criação de redes de suporte e proteção, o desconhecimento dos profissionais da ESF sobre o processo de notificação e encaminhamentos, a ausência de treinamento, leituras e discussões nessa temática no ambiente de trabalho também constituem desafios que precisam ser tratados na agenda da ESF. (NETTO; DESLANDES; GOMES JUNIOR, 2019, p.4968)

Em relação às intervenções em saúde realizadas nas escolas, é relevante destacar o papel do RAP da saúde em sua atuação com crianças e adolescentes. Foram recorrentes os episódios em que, após a realização de alguma atividade do

RAP na escola sobre suicídio ou automutilação, o público foi despertado a falar sobre o assunto, ocorrendo de algumas crianças e adolescentes procurarem os integrantes do RAP para conversar sobre angústias e pedir ajuda.

Infelizmente, ainda é um tabu falar sobre suicídio, pois as pessoas ainda pensam que o simples fato de falar sobre o assunto pode inspirar outros a cometê-lo. O que ocorre na verdade, é o contrário, conforme afirma Modelli (2017). Nesse sentido, é de vital importância a articulação das políticas de saúde e educação com ações integradas nas escolas, propiciando locais de fala aberta através de atividades lúdicas onde jovens e crianças encontram um ambiente favorável e livre de julgamentos, podendo expor suas angústias.

O debate sobre suicídio é de extrema importância, devido ao seu caráter emergencial, mas ainda é um assunto pouco debatido. Para a psicóloga Karen Scavacini, coordenadora do Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio, não falar sobre suicídio pode ter um efeito tão devastador quanto falar de maneira inadequada, "quanto maior o silêncio e segredo em torno de um assunto tabu, pior para quem lida com ele. Poder falar e contar a história pode ter um efeito curativo em quem lê e em quem escreve", defende Karen (Modelli, 2017 *apud* SILVA,2017).

Um provérbio africano citado por OLIVEIRA (2016), diz que “É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”. Ou seja, a responsabilidade pela educação e saúde (física, emocional e mental) não é apenas da família, mas de toda a sociedade, incluindo os locais de convivência como escolas, igrejas, centros esportivos etc. Todos esses equipamentos podem ser locais de proteção ao realizar atividades de integração e vínculo entre crianças e adolescentes (e adultos também, uma vez que o suicídio e a violência autoprovocada não são exclusivos dessa faixa etária).

A forma que a sociedade lida com o sofrimento infantil e outras demandas é perversa, impondo a padronização de comportamentos, a necessidade de ser aceito a qualquer custo. Além disso, agressões como o *bullying* manifestam a não aceitação pelo que é “diferente”, causando sofrimento nas vítimas. Crianças e adolescentes muitas vezes ficam isolados, encontrando dificuldades de expor angústias e sofrimentos. Conforme Morais (2018),

De acordo com os estudos, é comum as vítimas ocultarem tais sofrimentos para os pais, professores e circunvizinhos, ficando cada vez mais exposto às consequências do bullying. Com isso, há uma carga emocional de grande intensidade nas vítimas, causando grande angústia, sentimento de vazio, de rejeição e abandono (real ou não) e culpa. A automutilação pode ser uma forma de proporcionar uma sensação de alívio e bem estar momentâneo, podendo persistir por certas horas, certos dias, e esporadicamente, por algumas semanas, retornando novamente o acúmulo de carga emocional no indivíduo (MORAIS, 2018)

C) *Caso Isabel e a violência institucional contra pessoas trans e LGBTQI+*

No ano de 2019, foi realizado o evento “Você conhece a Isabel? Prevenção do suicídio motivado por Transfobia”. Esse evento ocorreu como forma de evidenciar diversas violações que a população LGBTQI+ sofre, e que terminou resultando no suicídio de uma mulher trans da AP 2.2. O caso de Isabel chegou ao conhecimento do GAR em uma reunião realizada para tratar de notificações de violências autoprovocadas; porém o caso de Isabel chamou atenção das pessoas envolvidas por se tratar de uma mulher trans da área que tinha dificuldades de se sentir inserida e acolhida pela família e sociedade e por enfrentar dificuldades para acessar o sistema de saúde (por ocasião do processo de hormonização).

O caso Isabel encerra uma série de violações e violências, principalmente o desrespeito à identidade de gênero com a qual a pessoa se identifica. A Isabel, mulher trans, frequentava diversos equipamentos do território e lidava diariamente com situações que lhe causavam sofrimento, inclusive dentro de casa. Ela tinha dificuldade de interagir com outras pessoas e chegou a se isolar em casa – no quarto.

Em relação não só às pessoas trans, mas à população em geral, a OMS indica como fatores de proteção ao risco de suicídio, entre outros, o apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos, o envolvimento na comunidade, uma vida social satisfatória, integração social, acesso a serviços e cuidados de saúde mental (CHINAZZO, 2021, p.5046).

Isabel passou a receber apoio de algumas pessoas que conheceu em um coletivo trans, era acompanhada por uma psicóloga, chegou a participar de atividades como curso de moda, o que ela amava. Porém encontrava grandes dificuldades para iniciar o processo de hormonização.

Para poder acessar o tratamento endocrinológico e de repente chegar ao ponto de fazer a cirurgia de redesignação sexual, a pessoa deve receber o diagnóstico de “disforia de gênero³⁹” que é classificado como um tipo de transtorno/desordem mental!

³⁹ “Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos 302.85 (F64.1) A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes: 1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas). 2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas). 3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero. 4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado). 5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado). 6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado). B. A condição está associada

Essa conduta mostra o quanto o preconceito está enraizado na sociedade, limitando o acesso a direitos e precarizando a qualidade de vida das pessoas.

A priori, recomenda-se que seja feito o “diagnóstico” de “disforia de gênero”, tanto em adolescentes quanto em adultos, de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM V. Após o estabelecimento do “diagnóstico”, recomenda-se que o “tratamento” da pessoa trans seja feito por uma equipe multidisciplinar (CAUX, 2018, p.32).

No caso da Isabel, ela mesma realizava a aplicação de hormônios sem acompanhamento médico e já apresentava problemas de saúde por isso, porém se recusava a interromper esse processo uma vez que estava relacionado à sua forma de se reconhecer enquanto individua.

A maioria das pessoas trans que não se encaixa no padrão exigido pelo diagnóstico médico e psicológico nem passa próximo aos consultórios de profissionais da saúde, realizando intervenções corporais na informalidade quando não nas formas mais clandestinas de alto risco e múltiplas vulnerabilidades (TENÓRIO e PRADO, 2016 *apud* CAUX, 2018, p.43).

A sociedade em geral, quando se omite diante de situações de preconceito e violência ao diferente, está legitimando a discriminação e não reconhecendo a individualidade dos sujeitos. No caso Isabel, o suicídio foi acontecendo toda vez que ela se via em situações de não reconhecimento da sua verdadeira identidade, na negação de quem ela realmente era. Desde a negação da família ao fato dela se reconhecer uma mulher trans à dificuldade de se relacionar com outras pessoas, de se sentir aceita no mundo em que ela vivia. A situação de sofrimento vivenciada por Isabel foi tão intensa que ela ingeriu grande quantidade de remédios para dormir, e não acordou mais. Chegou a ficar internada por algumas semanas, mas terminou vindo a óbito.

É importante destacar que as tentativas de suicídio se associam não a algum atributo intrínseco das identidades de pessoas trans, mas a violações sociais e de direitos que buscam impedir que vivam em dissonância do gênero atribuído ao nascimento, promovendo violências físicas e psicológicas. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), com a publicação da CID-11, reconheceu que o sofrimento sentido pela pessoa trans está associado principalmente ao estigma social e ao preconceito, sendo independente de sua identidade de gênero (CHINAZZO, 2021, p.5049).

Destaca-se a importância da articulação dos profissionais das instituições por onde Isabel circulava, que perceberam o quanto ela passava por situações de violência e que isso precisava ser enfrentado. Isabel teve diversos esclarecimentos sobre seus direitos e sobre como poderia se sentir inserida e acolhida através dos

a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.” (CAUX, 2018, p.32)

diversos coletivos LGBTQI+ existentes, e foi o que ela fez: ainda que por pouco tempo, ela se sentiu acolhida e amada, e pode ser quem realmente era! Além disso, o que ocorreu com Isabel despertou um olhar mais atento e cuidadoso para a população LGBTQI+, tendo motivado a realização do evento “Você conhece a Isabel? Prevenção do suicídio motivado por Transfobia” como forma de trazer à tona os problemas enfrentados por essa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi pesquisar a atuação do Serviço Social nas CAP 3.3 e 2.2 nos GAR, a partir das experiências do estágio obrigatório supervisionado I, II e III realizados entre os anos de 2018 e 2019, observando os processos de sistematização do trabalho e problematizando os desafios colocados diante da existência ou não do projeto de intervenção profissional, no contexto de desmonte das políticas sociais.

Para tanto, foi realizada breve análise sobre a constituição da política de saúde brasileira, destacando-se as concepções de saúde em disputa – do projeto vinculado à Reforma Sanitária e o projeto privatista. Destacou-se o espaço de tempo existente entre a promulgação da Constituição Federal de 1988 e todos os avanços propostos para a saúde e a demora da efetivação da referida política, através da elaboração de normativas. Assim, constatamos que a política de saúde, tal qual proposta na constituição, somente foi operacionalizada, de fato, a partir da década de 1990, culminando com a implementação dos ajustes neoliberais. Buscamos evidenciar a correlação de forças existente em todo esse processo e como algumas estratégias são adotadas (de forma recorrente) visando o desfinanciamento progressivo deste campo de proteção social e, conseqüente, a precarização geral do sistema, cuja intenção é fortalecer o setor privado e a mercantilização da saúde, reduzindo as responsabilidades do Estado.

Abordamos a trajetória do Serviço Social desde os primórdios, ou, como nas palavras de Iamamoto, as *protoformas* da profissão. É importante ressaltar a contradição própria do trabalho do assistente social, que se concretiza nas relações sociais e como trabalhador assalariado, já que sua atuação responde tanto à demandas do próprio capital - “mecanismos de exploração e dominação” - e ao mesmo tempo, oferece respostas às “necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, da reprodução do antagonismo desses interesses sociais” (IAMAMOTO, 2009, p.170). Observamos também a mudança de atuação do Serviço Social ao longo do tempo e sua inserção na saúde quando inicialmente, o assistente social atuava como um “apoio médico” (BARBOSA, 2019), podendo-se entender a partir daí a histórica subalternidade atribuída à profissão. A mudança na concepção de saúde, que passou a englobar diversos aspectos biopsicossociais, alterou também as

especificidades do Serviço Social na saúde, passando este a ter papel mais educativo, voltado aos hábitos de saúde e higiene da população no final da década de 1940.

A partir da década de 1960 inicia-se um movimento de questionamento do conservadorismo na profissão, que é interrompido com o início da ditadura militar; contudo, o avanço do regime ditatorial ocasionou uma série de insatisfações populares e piora nas condições de vida, levando à intensificação de lutas democráticas, culminando na promulgação da Constituição Federal de 1988. Em paralelo à toda efervescência política da época, ocorre o processo de Renovação do Serviço Social - em plena ditadura - que se expressou através de três tendências: modernizadora, de reatualização do conservadorismo e de intenção de ruptura (NETTO, 2015). A perspectiva de intenção de ruptura proporcionou uma nova direção à prática profissional, baseando-se na tradição marxista. Dessa forma, o Serviço Social passa a se articular a movimentos sociais, buscando fortalecer os projetos e lutas das classes populares (MARTINI *et al*, 2013). Apesar de todo movimento de crítica ao conservadorismo profissional, passam a disputar dois projetos profissionais distintos, que apontam direções distintas à profissão: o Projeto Ético Político do Serviço Social, afinado ao atendimento e necessidades legítimas da classe trabalhadora, e o projeto privatista, afinado aos interesses das classes dominantes (NETTO, 2009).

Destacamos a importância de o projeto de intervenção profissional estar firmemente pautado nos princípios do Projeto Ético Político do Serviço Social, visando uma prática comprometida com as necessidades da classe trabalhadora e ampliação de direitos historicamente conquistados. Para tanto, a sistematização do trabalho constitui um componente central da atuação do Serviço Social - não se caracterizando por mera junção de dados. Exige esforço e reflexão. A partir da sistematização do trabalho do Serviço Social, é possível conferir legitimidade e autonomia ao exercício profissional, conferindo visibilidade social e institucional ao trabalho do assistente social.

O relato das três experiências de atuação nos GAR das CAP 3.3 e 2.2, respectivamente, permitiu observar a importância da sistematização do trabalho do assistente social como parte integrante de seu trabalho, que vai muito além do simples agrupamento de dados, objetivando uma reflexão crítica e teórica sobre a realidade e atuação profissional, procurando evitar uma ação guiada pela imediatez dos fatos.

As experiências citadas tiveram como ponto de partida a ficha de notificação individual de violências e a articulação entre profissionais (de saúde e outros) envolvidos nos casos. Dessa forma, “a notificação torna-se uma estratégia de enfrentamento à violência intrafamiliar quando dividida com outros setores da sociedade a responsabilidade pela proteção de crianças e de adolescentes, mulheres e idosos” (RIBEIRO, 2018, p.127). Destacamos a possibilidade de criação de um instrumento próprio do Serviço Social a partir dos dados da ficha de notificação compulsória, podendo este instrumento institucional subsidiar a sistematização do próprio Serviço Social.

Em relação a possíveis tensionamentos, oriundos do confronto entre projeto institucional e projeto profissional, a instituição tem um objetivo, uma perspectiva, e o Serviço Social não necessariamente deve reproduzir isso. Porém o que direciona a forma de agir é a clareza que o próprio assistente social tem inclusive da importância de trabalhar guiado por um projeto de intervenção, balizado no Projeto Ético-Político de forma crítica, não sendo levado apenas a atender as demandas institucionais. O trabalho profissional realizado, pautado na inexistência de um projeto de intervenção próprio do Serviço Social, pode levar a uma prática irrefletida da ação profissional, baseada na resolução e atendimento de demandas institucionais de forma acrítica, imediatista e rotineira, com escasso esforço de sistematização.

É importante destacar a necessidade de que o projeto de intervenção profissional do Serviço Social se expresse de forma concreta, palpável e material, ou seja, que não exista apenas “na cabeça” dos profissionais, mas seja visível a quem quiser consultar – inclusive aos estagiários e outras categorias em formação profissional.

A realização da sistematização do trabalho é um componente essencial do fazer profissional que fica prejudicado especificamente pelo excesso de demandas que são colocadas ao assistente social (e não é algo exclusivo da gestão). Quando o profissional busca atender às demandas da instituição de forma rápida, “eficiente”, termina por não problematizar sua prática e quando o faz, não é de forma constante. Foi possível apreender, nos períodos de estágio que, muitas vezes, os próprios estagiários realizavam o esforço de sistematizar, levando questionamentos aos profissionais sobre determinadas situações. A própria realização dos relatórios de estágio, por exemplo, auxiliou no trabalho realizado pelas assistentes sociais das instituições analisadas.

Entender a sistematização do trabalho, como componente intrínseco do fazer profissional, é caminhar de acordo com o Projeto Ético Político da profissão, buscando cada vez mais a realização de um trabalho que atenda às necessidades da classe trabalhadora e busque a ampliação de direitos, principalmente num cenário obscuro de encolhimento de políticas sociais, no contexto de radicalização neoliberal. O projeto institucional, mesmo que aparentemente denuncie situações como a questão da violência, não tem por objetivo uma mudança radical em relação às formas de exploração a que a população é submetida, bem como tem limites intrínsecos à lógica contraditória da política social e do Estado social capitalista. O Serviço Social, na tênue relação entre a condição de trabalho assalariado e relativa autonomia, também comporta contradições. Mas é justamente aqui que a sistematização da prática e a constituição de projetos de trabalho profissional, em consonância com Projeto Ético-Político, cria balizas importantes na medida em que imprimem direção ético-política às suas intervenções. E esta, ao estar comprometida com a emancipação humana, é contra todas as formas de exploração e busca um novo tipo de sociedade, tendo, portanto, potencial para intervir na realidade em um sentido que não se limite à reprodução do instituído.

Esperamos que esse trabalho possa contribuir com o debate sobre a sistematização da prática profissional, atentando-se às particularidades do Serviço Social na gestão e o projeto de intervenção profissional como instrumento direcionador da prática comprometida com o Projeto Ético Político do Serviço Social, de forma a propiciar uma atuação crítica e reflexiva, que busque romper com imediatismos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, N. L. T. de. **Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social.** MOTA, Ana Elizabeth. [et al]. (orgs.). *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Cortez, 2009, p.399 – 407

BARBOSA, V. C. **Serviço social e saúde: relação antiga, desafios presentes.** Revista EM PAUTA, Rio de Janeiro – 2º Semestre de 2019 – n. 44, v. 17, p. 240 - 254. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/45242>. Acesso em 02 de Outubro de 2021.

BARROCO, L. S.; TERRA, S. H. **Código de ética do/a assistente social comentado.** Conselho Federal de. Serviço Social - CFESS, (organizador). - São Paulo: Cortez, 2012.

BEDINELLI, T.; MARTÍN, M. **Baleia Azul: o misterioso jogo que escancarou o tabu do suicídio juvenil.** Brasil, *El País*, Maio - 2017. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/04/27/politica/1493305523_711865.html Acesso em: 16 de Maio de 2022.

BEHRING, E. R. **Política Social: fundamentos e história** / Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – 9. ed. – São Paulo : Cortez, 2011. – (Biblioteca Básica de Serviço Social; v. 2)

BOSCHETTI, I. **A política da seguridade social no Brasil.** In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/seguridade_social_no_brasil_conquistas_e_limites_a_sua_efetivacao_-_boschetti.pdf. Acesso em 21 de Abril de 2021.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofeder al.pdf. Acesso em 22 de Fevereiro de 2022.

_____, **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8080.pdf Acesso em: 22 de Fevereiro de 2022.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em 19 de Fevereiro de 2022.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0148_M.pdf. Acesso em 20 de Fevereiro de 2022.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_a_utoprovocada_2ed.pdf Acesso em 19 de Fevereiro de 2022.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf Acesso em 02 de Abril de 2022.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Inovação Gerencial. **Regimentos Internos e organogramas básicos do Ministério da Saúde** /Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Geral de Inovação Gerencial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regimentos_internos_organogramas_basicos_ms.pdf. Acesso em 19 de Fevereiro de 2022.

_____, **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/05/01 / Ministério da Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2002. Acesso em 19 de Fevereiro de 2022.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. MOTA, Ana Elizabeth. [et al]. (orgs.). *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009a, p. 88-110

_____, **Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal**. Equador, 2009b. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf> . Acesso em 07 de Setembro de 2021.

_____, **Serviço Social e Reforma Sanitária : Lutas Sociais e Práticas Profissionais** / Maria Inês Souza Bravo. – 4. ed. – São Paulo : Cortez, 2011.

- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; MENEZES, J. S. B. de. **A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e Resistências.** *In: Ser Social*, Brasília, v. 22, n. 46, Janeiro a Junho de 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/25630/25147/64233 Acesso em 10 de Setembro de 2021.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate.** MOTA, Ana Elizabeth. [et al]. (orgs.). *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Cortez, 2009, p. 197-217.
- CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. **Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 5, pp. 1351-1364. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00242016>> Acesso em 01 de Abril de 2022.
- CAUX, T. R. de. **“O hormônio traz pra realidade todos os nossos sonhos ocultos”: a experiência de mulheres transexuais e travestis com o processo medicamentoso de hormonização /** Thaís Rolla de Caux. – 2018. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-BB9JTM/1/disserta_o_24.01_final.pdf Acesso em 25 de Junho de 2022.
- CHINAZZO, I. R. *et al.* **Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, suppl 3, pp. 5045-5056. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.28532019>>. Acesso em 25 de Junho de 2022.
- Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na Política de Saúde.** CFESS - Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 10 de Fevereiro de 2021.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em 22 de Fevereiro de 2022.
- CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. DOS. **Privatização da saúde via novos modelos de Gestão: Organizações Sociais (OSS) em questão.** *In: Maria Inês Souza Bravo; Maria de Fátima Siliansky Andreazzi; Juliana Souza Bravo de Menezes; Joseane Barbosa de Lima; Rodriane de Oliveira Souza. (Org.). A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro.* 1ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2015, v. 1, p. 33 - 39. Disponível em: [https://issuu.com/juancarlosraxach/docs/caderno de saude faperj 2015_1](https://issuu.com/juancarlosraxach/docs/caderno_de_saude_faperj_2015_1) Acesso em: 21 de Setembro de 2021

COSTA, M. D. H. da. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais.** MOTA, Ana Elizabeth. [et al]. (orgs.). *In: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Cortez, 2009, p. 304 - 351.

Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. Ano XXX nº 158, Rio de Janeiro, p. 35 – quarta feira, 09 de novembro de 2016.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>
Acesso em: 10 de Fevereiro de 2021

DURKHEIM, E. 1858-1917. **O suicídio: estudo de sociologia.** Tradução Mônica Stahel - São Paulo: Martins Fontes, 2000 - (Coleção tópicos). Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239077/mod_resource/content/0/%C3%89mile%20Durkheim%20-%20O%20Suicidio%20\(2000\).pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239077/mod_resource/content/0/%C3%89mile%20Durkheim%20-%20O%20Suicidio%20(2000).pdf) Acesso em 25 de Junho de 2022.

EQUIPE ÂMBITO JURÍDICO. **A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar.** Equipe Âmbito Jurídico, 2017.
Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-161/a-politica-nacional-de-saude-o-assistente-social-e-os-desafios-de-uma-acao-interdisciplinar/>. Acesso em 05 de Setembro de 2021.

GARBIN, C. A. S. *et al.* **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1879-1890, Junho 2015.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>
Acesso em 04 de Abril de 2022.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira** [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, 270 p.
Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42084/3/gerschman-9788575415375.pdf>. Acesso em 11 de Setembro de 2021.

GOMES, M. F. C. **Trajetória Histórica do Serviço Social e Políticas Urbanas.** In: XXVIII Simpósio Nacional de História, 2015, Florianópolis. Disponível em: http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1427799038_ARQUIVO_SimposioNacionaldeHistoria2015.pdf. Acesso em 19 de Janeiro de 2022.

HAMILTON, W. FONSECA, C. **Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953.** Hist. cienc. saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 791-825, Dec. 2003 .
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/FjGygQWgtwp3m7BKkD6ZnRr/?lang=pt>. Acesso em 18 de Maio de 2021.

IAMAMOTO, M. V. **Ensino e Pesquisa no Serviço Social : desafios na construção de um projeto de formação profissional.** Cadernos ABESS, n.6. São Paulo: Cortez, 1993. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/09-caderno-abess-n6-ensino-e-pesquisa-no-servico-social-desafios-na-construcao-de-um-projeto-de-formacao-profissional-201702011346586501980.pdf>. Acesso em 15 de Dezembro de 2021.

_____, **As dimensões ético-políticas e teórico-metológicas no Serviço Social Contemporâneo**. MOTA, Ana Elizabeth. [et al]. (orgs.). *In*: Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009, p. 161-196

_____, **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____, **O Serviço Social na divisão do trabalho Serviço Social na divisão do trabalho**. *In*: Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2013.

JORNAL DA USP. **O Ato Institucional n 5 e seu significado histórico**. *In*: Jornal da USP. (Internet). Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=215675>. Acesso em 15 de Outubro de 2021.

LIMA, A. M; OLIVEIRA, D.H; NUNES, G.S. **A violência como expressão da questão social: retratos do extermínio da juventude negra de Fortaleza**. VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas – UFMA, 2017 Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo7/aviolenciacomoeexpressaodaquestaosocialretratosdoextermiodajuventudenegradefortaleza.pdf> Acesso em 18 de Fevereiro de 2022.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. **Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil**. Saúde e Sociedade [online]. 2015, v. 24, n. 2, pp. 661-673. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200021>> Acesso em 01 de Abril de 2022.

MARTINI, D. *et al*. **A Inserção Do Assistente Social Na Área Da Saúde: uma reflexão sobre o município de Florianópolis**. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais, 2013, Florianópolis. Disponível em: <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/A-inser%C3%A7%C3%A3o-do-assistente-social-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 05 de Fevereiro de 2022.

MARX, K. - 1818-1883. **Sobre o suicídio / Karl Marx**. Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo : Boitempo, 2006. Disponível em: <https://fredericolambertucci.files.wordpress.com/2017/05/marx-karl-sobre-o-suicc3addio-boitempo.pdf> Acesso em: 10 de Julho de 2022.

MATOS, M. C. **Serviço Social, Ética e Saúde – reflexões para o exercício profissional**. – 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2017.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. **A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2019, v. 24, n. 12, pp. 4593-4598. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>> Acesso em 01 de Abril de 2022.

MENDES, A. **O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise.** In: Maria Inês Souza Bravo; Maria de Fátima Siliansky Andreazzi; Juliana Souza Bravo de Menezes; Joseane Brabosa de Lima; Rodriane de Oliveira Souza. (Org.). *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro.* 1ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2015, v. 1, p. 12-19. Disponível em: https://issuu.com/juancarlosraxach/docs/caderno_de_saude_faperj_2015_1
Acesso em: 21 de Setembro de 2021

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva.** *História, Ciências, Saúde— Manguinhos*, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/S9RRyMW6Ms56S9CzkdGKvmK/?lang=pt> Acesso em 10 de Fevereiro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Curso Básico de Epidemiologia.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemiopdf Acesso em 16 de Setembro de 2020.

MORAIS, J. C. **Bullying e Automutilação: estudo exploratório em Universitários Brasileiros** / Julianderson Correia de Moraes – João Pessoa, 2018. Disponível em: <https://bdtcc.unipe.edu.br/wp-content/uploads/2019/01/Artigo-Julianderson-Correia-de-Moraes-CD.pdf> Acesso em 10 de Julho de 2022.

NETTO, J. P. **Notas para a discussão da sistematização da prática e teoria em Serviço Social.** *Cadernos ABESS*, n.3. São Paulo: Cortez, 1989. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/03-caderno-abess-n3-parte-segunda-metodologia-uma-questao-em-questao-201702011204598599010.pdf>. Acesso em: 15 de Dezembro de 2021.

_____, **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social.** Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional – 4º Ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

_____, **Capitalismo monopolista e serviço social.** – 8.ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

_____, **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** – 17.ed. – São Paulo: Cortez, 2015.

NETTO, M.F.V; DESLANDES, S; GOMES JUNIOR, S.C.S. **Conhecimentos e práticas de gerentes e profissionais da esf na prevenção das violências com adolescentes..** *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2019/Dez). Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/conhecimentos-e-praticas-de-gerentes-e-profissionais-da-esf-na-prevencao-das-violencias-com-adolescentes/17462?id=17462&id=17462> Acesso em 25 de Junho de 2022.

O'DWYER, G.; GRAEVER, L.; BRITTO, F. A.; MENEZES, T.; KONDER, M.T. **A Crise Financeira e a Saúde: o caso do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.24, nº12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pn6ZvkJ3GQwkHMb86XcR9Pq/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 10 de Maio de 2022.

OLIVEIRA, B. **Entre as 13 razões e os 50 desafios: Um resumo analítico da série "Thirteen reasons why" e dos desdobramentos do chamado jogo da baleia azul.** Revasf, Petrolina-PE, vol. 6, n.11, p. 172-175 dez. 2016. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/download/44/51/169> Acesso em: 11 de maio de 2022.

OLIVEIRA, P. P. **O Serviço Social Na Saúde: Trajetória, Demandas E Enfrentamentos No Âmbito Hospitalar.** Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis, 2009. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/120117>. Acesso em 18 de Outubro de 2021.

ORTIZ, F. S. G. **O Serviço Social no Brasil: Os fundamentos de sua imagem social e da autoimagem de seus agentes.** Editora E-papers, 2010.

PAES-SOUSA, R.; RASELLA, D.; CAREPA-SOUSA, J.. **Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população.** Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe3, pp. 172-182. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S313> Acesso em 01 de Abril de 2022.

PEREIRA, P. A. P. **A saúde no sistema de seguridade social brasileiro.** In: *SER Social*, n. 10. Brasília: Programa de Pós Graduação em Política Social - UNB, 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12920. Acesso em 07 de Janeiro de 2021.

PINHEIRO, E. B. **Serviço Social e Saúde: aspectos da Intervenção Profissional.** VII Jornada Internacional de Políticas Públicas – UFMA, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo1/servico-social-e-saude-aspectos-da-intervencao-profissional-.pdf>. Acesso em: 27 de Outubro de 2021.

PONTES, C. F. **Entre a Saúde Pública e a Medicina Previdenciária.** In: Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história/ Carlos Fidélis e Ialê Falleiros organizadores. – Rio de Janeiro : Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf> . Acesso em 18 de Maio de 2021.

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção.** Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf Acesso em 15 de Maio de 2022.

REIS, C. R. ; PAIM, J. S. **A saúde nos governos Dilma Rouseff (2011-2016)**. In: Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, nº 58, p. 101 - 114 , Julho de 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>. Acesso em 10 de Setembro de 2021.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. São Paulo, 2007. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-084507/publico/fatimaapribeiro.pdf>. Acesso em: 20 de Fevereiro de 2022.

RIBEIRO, R. U. P.; SILVA, A. L. **Notificação Compulsória De Violência Na Atenção Básica À Saúde: O Que Dizem Os Profissionais?** Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília. Ano 2018 – Edição 21 – Maio/2018. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/levs/article/view/7928/5043> Acesso em 04 de Abril de 2022.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. **Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde**. Revista de Saúde Pública [online]. 2009, v. 43, n. 4 . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DQWsMshGTGPKd6psQZwSmbF/?lang=pt>. Acesso em 22 de Fevereiro 2022.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - **Relatório final VerSUS 2015/2 - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://studylibpt.com/doc/5744924/relatorio-final-versus-2015.2-grupo-2> Acesso em 20 de Fevereiro de 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Resolução P SMSDC N° 1507 de 20 de Outubro de 2009**. Regulamenta o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências no Município do Rio de Janeiro.

SILVA ,A. V. F. et al . **A Tenda do Conto Como Prática Integrativa de Cuidado na Atenção Básica**. – Natal: Edunp, 2014. 78p. Disponível em: [https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/a tenda do conto como pratica integrativa de cuidado na atencao basica.pdf](https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/a%20tenda%20do%20conto%20como%20pratica%20integrativa%20de%20cuidado%20na%20atencao%20basica.pdf) Acesso em 05 de Abril de 2022.

SILVA, H. F da; BARBOSA, J.V.A; **Baleia Azul: do pensamento ao ato**. O Portal dos Psicólogos , 2017. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1141.pdf> Acesso em: 16 de Maio de 2022.

SILVA, P. A. da *et al.* **Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil**. Avances en Enfermería - Bogotá, v. 33, n. 1, pág. 142-150, Janeiro de 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000100016 Acesso em 06 de Abril de 2022.

VALIENTE, U. F. R. **O Registro e a Sistematização da Prática do Serviço Social no Âmbito Hospitalar**. Universidade Federal de Santa Catarina - Trabalho de Conclusão de Curso - Florianópolis, 2010. (VALIENTE, U.F.R; 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/120545> Acesso em 04 de Abril de 2022.