

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Erida Aparecida José da Silva

SAÚDE PÚBLICA e SERVIÇO SOCIAL:
Atenção primária na região de Inhoaíba

Rio de Janeiro

2017

Erida Aparecida José da Silva

SAÚDE PÚBLICA e SERVIÇO SOCIAL:

Atenção primária na região de Inhoaíba

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Educação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ramon Peña Castro

Coorientadora: Profa. Dr^a Vânia de Cássia Dutra

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S586s Silva, Erida Aparecida José da
 Saúde pública e serviço social: atenção
 primária na região de Inhoaíba / Erida Aparecida
 José da Silva. - Rio de Janeiro, 2017.
 64 f.

Orientador: Ramon Peña Castro
Coorientadora: Vânia de Cássia Dutra

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2017.

1. Saúde Pública. 2. Atenção Primária em Saúde.
3. Serviço Social. 4. Saúde da Família.
I. Castro, Ramon Peña. II. Dutra, Vânia de Cássia.
III. Título.

CDD 362.1

Erida Aparecida José da Silva

SAÚDE PÚBLICA e SERVIÇO SOCIAL:
Atenção primária na região de Inhoaíba

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Educação em Saúde.

Aprovada em 31/08/2017

BANCA EXAMINADORA

Orientador Prof. Dr. Ramon Peña Castro – Fiocruz/EPSJV

Coorientadora Profa. Dr^a Vânia de Cássia Dutra – UVA

Prof. Dr. Jose Roberto Franco Reis. EPSJV/Fiocruz

Profa. Dr^a Thatiana Meyre da Silva Gomes – UFF

Dedico a meus pais Waldyr José da Silva e Maria Aparecida da Silva (Mariinha) que são meus alicerces para toda vida, que torna possível todas as minhas construções.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar força e discernimento para essa caminhada.

A minha querida irmã Erica que sempre está ao meu lado vibrando a cada conquista e me estimulando a perseverar sempre. Ao meu cunhado irmão Jorge.

A meus sobrinhos e afilhados Maria Eduarda e João Pedro que me ajudaram a tornar o caminho do Mestrado mais alegre.

A minha querida equipe de Serviço Social da Coordenadoria de Saúde da área Programática 5.2, pela compreensão dos afastamentos das atividades e o apoio de sempre.

A equipe de saúde CMS Mário Vitor por me apresentar a Saúde Pública e sempre me apoiar no investimento acadêmico para obtenção do Saber, aqui representados por Andréa Coutinho, Efigênea Soares, Anderlaine Pimentel e Ana Dalva Barbosa.

As amigas Arlene Martins e Débora França pelas constantes trocas de saberes.

A irmã amiga Helena Esmeralda e todas as irmãs do SION pela acolhida,

Aos lindos profissionais da Saúde que passaram por minha vida e me ensinaram a ser uma profissional melhor: Assistente Social Ana Maria Souza (in memoria) e Enfermeiro Rogério Ferreira (in memoria).

A querida Erica, pessoa feliz, e Michele administração do Mestrado Escola Politécnica Joaquim Venâncio.

A turma do mestrado 2015 pela constante troca de saberes. Ao amigo Hugo Marques pelo compartilhamento do conhecimento.

A minha coorientadora Vânia Dutra por me nortear no processo de elaboração da dissertação.

Ao meu orientador Ramon Penna, pela confiança, apoio e paciência durante todo o período de construção deste trabalho.

A professora Virginia Fontes e todos os docentes do Mestrado Profissional em Saúde da EPSJV pelo estímulo para continuar.

A Maira Nobre pela revisão da dissertação e o incentivo de sempre.

Obrigada a todos os trabalhadores e usuários da saúde de Inhoaíba pela possibilidade de contar um pouco de suas histórias.

RESUMO

O presente trabalho sobre a Saúde Pública e Serviço Social contextualizará a atenção primária na região de Inhoaíba, tendo como origem e base referencial a minha formação educativa prolongada na presente atuação profissional como assistente social no Serviço de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro. Tem como **objetivo** explicar a trajetória recente da Atenção Primária da Saúde na região de Inhoaíba e a participação do Serviço Social. Como **questões condutoras** serão apresentadas: em que consiste a Atenção Primária; quais os resultados do PMAQ; como se desenvolveu a participação social na região analisada; quais são as contribuições e dificuldades enfrentadas pela assistente social integrada em uma equipe de Atenção Primária em Saúde, especificamente, no Núcleo de Assistência em Saúde de Família (NASF) no exemplo do Município de Inhoaíba. Tendo como referência o projeto profissional contemporâneo e as mudanças na gestão da saúde municipal, no período de 2004 a 2014. No decorrer desta dissertação será observado o significado da Atenção Primária, como uma estratégia de organização da atenção à saúde, direcionada ao atendimento das manifestações da questão social, representada pelas necessidades de saúde da população, por integração das ações preventivas e curativas. Para Graça Druck (2011), é através desta concepção que se pretende defender que o mundo do trabalho contemporâneo, na transição do século XX para o século XXI, vivenciou uma rede de transformações cuja complexidade só pode ser desvendada a partir de uma perspectiva histórico-dialética.

Palavras-chave: Saúde Pública. Atenção Primária em Saúde. Serviço Social. Saúde de Família.

ABSTRACT

The present work on Public Health and Social Service will contextualize the primary care in the region of Inhoaíba, having as a background and referential basis my extended educational background in the present professional work as social worker in the Public Health Service of the Municipal Health Department of the Municipality of Rio de Janeiro. It aims to explain the recent trajectory of Primary Health Care in the region of Inhoaíba and the participation of Social Work. As conductive questions will be presented: what Primary Attention consists of; what the results of the PMAQ; how social participation in the analyzed region developed; what are the contributions and difficulties faced by the social worker integrated in a Primary Health Care team, specifically in the Family Health Care Center (NASF) in the example of the Municipality of Inhoaíba. With reference to the contemporary professional project and changes in municipal health management, from 2004 to 2014. During this dissertation will be observed the meaning of Primary Care, as a strategy of organization of health care, aimed at attending the manifestations of the social question, represented by the health needs of the population, by integrating preventive and curative actions. For Graça Druck (2011), it is through this conception that it is intended to defend that the world of contemporary work, in the transition from the twentieth century to the twenty-first century, experienced a network of transformations whose complexity can only be unveiled from a historical- dialectic.

Keywords: Public Health. Primary Health Care. Social Work. Family Health

RESUMEN

El presente trabajo sobre Salud Pública y Servicio Social contextualizará la atención primaria en la región de Inhoaíba, teniendo como origen y base referencial mi formación educativa prolongada en la presente actuación profesional como asistente social en el Servicio de Salud Pública de la Secretaría Municipal de Salud del Ayuntamiento del Estado Rio de Janeiro. Tiene como objetivo explicar la trayectoria reciente de la Atención Primaria de la Salud en la región de Inhoaíba y la participación del Servicio Social. Como cuestiones conducentes se presentarán: en qué consiste la Atención Primaria; que los resultados del PMAQ; como se desarrolló la participación social en la región analizada; que son las contribuciones y dificultades enfrentadas por la asistente social integrada en un equipo de Atención Primaria en Salud, específicamente, en el Núcleo de Asistencia en Salud de Familia (NASF) en el ejemplo del Municipio de Inhoaíba. En el transcurso de esta disertación se observará el significado de la Atención Primaria, como una estrategia de organización de la atención a la salud, dirigida a la atención de las manifestaciones de la cuestión social, representada por las necesidades de salud de la población, por integración de las acciones preventivas y curativas. Para gracia Druck (2011), es a través de esta concepción que se pretende defender que el mundo del trabajo contemporáneo, en la transición del siglo XX al siglo XXI, experimentó una red de transformaciones cuya complejidad sólo puede ser desvelada desde una perspectiva histórico-dialéctica.

Palabras clave: Salud Pública. Atención Primaria en Salud. Servicio Social. Salud de Familia.

LISTADE SIGLAS E ABREVIações

ABS	Atenção Básica de Saúde
AP5.2	Área Programática 5.2
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CLAS	Comissões Locais de Assistência Social
CMS	Centro Municipal de Saúde
Conasems	CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
Conass	CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE
ENSP	ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
EPSJV	ESCOLA POLITECNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
FESP	FUNDAÇÃO ESCOLA DO SERVIÇO PÚBLICO
FMI	FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL
IAPS	INSTITUTO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA A ESTATÍSTICA
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IQU	ÍNDICE DE QUALIDADE URBANA
NASF	NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
Oscips	ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO
OSS	ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PACS	PROGRAMA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
PEC	PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO
Piass	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE E SANEAMENTO
PMAQ	PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
SESP	SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA
SESP	SERVIÇO ESPECIAL DE SAÚDE PÚBLICA
Simas	Sistema Municipal de Assistência Social
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio De Janeiro
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 METODOLOGIA.....	13
2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A GESTÃO PARTICIPATIVA EM INHOAÍBA	15
2.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E OS DESAFIOS PARA GESTÃO PARTICIPATIVA	15
2.2 O CONTROLE SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA.....	18
2.3 A GESTÃO SOCIAL DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E O ASSÉDIO DAS FUNDAÇÕES PRIVADAS	22
3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO EXEMPLO DE INHOAÍBA	27
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (CONCEITUAÇÃO).....	27
3.2 A ESTRUTURA FÍSICA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE ...	31
3.3 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA SAÚDE NA REGIÃO DE INHOAÍBA	35
4 O SERVIÇO SOCIAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DA REGIÃO DE INHOAÍBA (CAP 5.2)	38
4.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A REGIÃO DE INHOAÍBA.....	38
4.2 A ORGANIZAÇÃO URBANA DE INHOAÍBA	43
4.3 O SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE PÚBLICA NA CAP 5.2	47
4.4 O SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE FAMÍLIA EM INHOAÍBA	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	61

1 INTRODUÇÃO

A motivação para o presente estudo sobre *Saúde Pública e Serviço Social é socializar: atenção primária na região de Inhoaíba, onde* tem origem a minha atuação profissional como assistente social no Serviço de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro. Em 2004, iniciei-me no serviço público de saúde no cargo de assistente social, concursada pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, cuja primeira lotação foi no CMS Mário Vítor base de apoio do PACS.¹ Nesse momento fui incorporada, como assistente social ao Programa Saúde da Família, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família².

As equipes do PACS são compostas de uma enfermeira coordenadora e dez agentes comunitários da saúde, os quais, de forma coordenada, realizam visitas domiciliares, interconsultas e atividades de educação em saúde, neste caso em particular, no Município de Inhoaíba, situado no oeste da cidade do Rio de Janeiro, contando com uma população aproximada de 60.000 habitantes (IBGE, 2010).

Cabe ressaltar que o termo Inhoaíba deriva da junção de *nhu* (campo) e *ahyba* (ruim), denominação dada pelos indígenas ao território da baixada, entre a serra de mesmo nome e Campo Grande. No entanto, a realidade atual contradiz a etimologia, visto que a área encontra-se povoada de árvores frutíferas e hortas domésticas, cultivadas pela maioria da população. Inhoaíba está cortada pela Avenida Cesário de Melo, onde outrora existiu a Fazenda de Inhoaíba, vizinha da Fazenda Campinho. Tendo a sua direita a Vila Palmares, da Companhia Palmares, ocupante das terras da antiga Fazenda Campinho, destinadas ao cultivo de café e laranjas. A urbanização da área aconteceu a partir dos anos 1970, quando surgiram grandes loteamentos que deram origem ao Vilar Carioca e ao Vilar Guanabara. Uma parte do terreno pertence ao Instituto Metodista Ana Gonzaga, ocupado, na década de 1990, pela comunidade Bairro Nova Cidade³ abrangendo uma extensa área no lado oposto da ferrovia.

O exercício profissional do assistente social em uma área tão distante da cidade, com baixos investimentos públicos e serviços sociais, principalmente o serviço de saúde sempre

¹ Oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde, em 1991, o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 por iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) que procuravam alternativas para melhorarem as condições de saúde de suas comunidades. Assim, surgiu essa nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte dos sistemas de saúde locais.

² Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa corresponde a uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF consiste em uma estratégia de reorganização da atenção primária, sem previsão de término desta reorganização.

³ Segundo <http://diariodorio.com/nome-dos-bairros-do-rio-de-janeiro/>

nos incitou a estudar a realidade social, a fim de alargar não só os conhecimentos pessoais, como também a participação nas equipes interdisciplinares. Por essa razão, temos procurado aproveitar as oportunidades existentes de formação profissional em diversos cursos de Especialização: em Saúde do Idoso, Docência do Ensino Superior, Extensão Universitária em Bioética Aplicada em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Qualificação de Gestores do SUS, Impacto da Violência na Saúde, Envelhecimento e Saúde do Idoso. Estes últimos quatro cursos foram ofertados pela ENSP-Fiocruz, pela Gerência de Programas Sociais da FESP/RJ e pelo Programa de Tabagismo da SMS/RJ.

O processo que se deu a trajetória profissional na região de Inhoaíba suscitou a construção deste objeto de estudo.

A participação em cursos acadêmicos, simultânea ao exercício profissional de assistente social, ampliou minha visão acerca da importância da saúde pública e o desejo de continuar os estudos para o melhor desempenho das minhas funções nas equipes interdisciplinares tanto do PACS quanto da Estratégia Saúde da Família. Espaços estes que possibilitam o aperfeiçoamento profissional por meio do contato direto com a população-alvo. Outra experiência relevante tem sido a gestão participativa do Serviço Social através da Comissão Local de Assistência Social⁴ e, posteriormente, do Conselho Distrital de Saúde da CAP 5.2,⁵ na condição de conselheira distrital de saúde como representante dos trabalhadores.

Em síntese, minha experiência confirma que a integração dos saberes das equipes multiprofissionais, vinculadas à Estratégia Saúde da Família, representa um instrumento fundamental para o aperfeiçoamento individual e coletivo que atua no bairro de Inhoaíba. Estas equipes operam num local de permanente compartilhamento e socialização de saberes e práticas que configuram a Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Trata-se, portanto, de um acúmulo de conhecimentos teórico-práticos sobre saúde coletiva que tenta responder as demandas de uma realidade, espacial e temporal, concreta.⁶

Tal é o desafio que se apresenta hoje para o “trabalhador coletivo”, ou equipe multidisciplinar, comprometido com o projeto de Reforma Sanitária surgido no Brasil nas

⁴ CLAS são instâncias básicas de controle social, cuja função é conhecer, articular e fortalecer a rede de serviços de assistência social no âmbito da respectiva sub-região. Compostas por representantes dos programas, projetos, serviços, equipamentos de assistência social da comunidade, lideranças comunitárias e usuários da assistência social.

⁵ O Conselho Distrital de Saúde é um órgão colegiado, consultivo e deliberativo. Foi instituído pela Lei 2.011, de 31 de agosto de 1993, com a finalidade de auxiliar a Administração Pública e o Conselho Municipal de Saúde na análise planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, nas fiscalizações de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência.

⁶ Entende-se aqui como a dinâmica humana de apreensão e transformação de valores e crenças para a constituição da visão de mundo e intervenção na realidade.

últimas décadas. Destaca-se um progressivo desenvolvimento de ações no cenário da saúde, com objetivo de aperfeiçoar o atendimento, com a constituição de inovações tecnológicas no âmbito da saúde.⁷ O movimento vai além das preocupações estatais de ampliar a cobertura do sistema de saúde, no que se refere à eficácia e a eficiência. Entre os reformistas sanitários têm-se o ideário da extensão da saúde a todos os brasileiros, com a melhoria do direito à cidadania, via a democratização da sociedade. Este projeto passa a ser ameaçado pelo processo de contrarreformas dos direitos sociais, iniciada nos anos 80, a partir da crise estrutural do capital, e acelerada pelo recente golpe legislativo-mediático-empresarial. Em face destes determinantes conjunturais vamos tentar entender e explicar em que consiste a Atenção Primária, quais os resultados do PMAQ? Como se desenvolveu a participação social na região analisada? Quais são as contribuições e dificuldades enfrentadas pela assistente social integrada em uma equipe de Atenção Primária em Saúde, especificamente, no Núcleo de Assistência em Saúde de Família (NASF) no exemplo do Município de Inhoaíba?

Para responder a essas questões resulta necessário apresentar a trajetória recente da Atenção Primária da Saúde de Inhoaíba, cuja explicação só será compreensível no contexto maior da evolução histórica atenção básica à saúde no Brasil. Neste sentido, Matta e Morosini (2009:39-44) explicam que, desde início do século passado, por exemplo, em 1924, existiram centros de saúde, de base local, que realizavam ações curativas ou preventivas, assim como havia certa educação sanitária. Na década de 40 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública de São Paulo (SESP) limitado a doenças infecciosas e carências materiais.

1.1 METODOLOGIA

O estudo desenvolvido está situado no campo da pesquisa qualitativa com o aporte do enfoque dialético na pesquisa da política social da saúde pública para analisar os processos sociais e seus resultados, articulando as demandas a partir de relações sociais complexas, que envolvem conflito de classes e lutas sociais, situadas na esfera da produção e reprodução do capitalismo (DUTRA, 2016). Na perspectiva da totalidade como recurso heurístico, propõe-se a tarefa de apreender a essência da sociedade capitalista contemporânea e abordar, embora

⁷ É importante ressaltar que o progressivo desenvolvimento de ações no campo da saúde com o objetivo de melhorar o atendimento e diminuir o gasto com recursos tendia a demandar quadros técnico-científicos nem sempre imediatamente disponíveis nas agências estatais. Essa escassez de competências, segundo interpretação de Escorel (1999), propiciaria oportunidade de acesso aos postos da burocracia técnica estatal para um contingente de profissionais médicos de posições inovadoras, muitos dos quais de cunho progressista, que vinham gradativamente constituindo um movimento pela reforma do sistema de saúde, como parte do movimento de oposição ao regime autoritário.

sucintamente, as dimensões históricas, econômica, política e cultural que não devem ser entendidas de formas estanques (DUTRA, 2016).

Na análise de políticas sociais sob o enfoque dialético serão considerados a natureza e o grau de desenvolvimento do capitalismo, o papel do Estado na regulamentação e implementação das políticas sociais. Para realizar a análise da trajetória do serviço social na atenção primária da saúde na região de Inhoaíba, tendo como referência o projeto profissional contemporâneo e as mudanças na gestão da saúde municipal no período de 2004 a 2014.

Será elaborada uma pesquisa qualitativa, cuja proposta residem na análise de conteúdo, das atas das reuniões do serviço social da CAP 5.2, com a finalidade de aprofundar e apreender as particularidades das ações educativas, que interfiram no processo de saúde-doença e devem ser incrementadas, bem como o incentivo à mobilização e à participação da comunidade, com o intuito de efetivar o controle social, a partir da atuação dos profissionais da atenção básica de saúde, na estratégia de saúde da família. A fim de aprofundar as particularidades dos processos territoriais de promoção de saúde local que sofrem influências do movimento de acumulação do capital em tempos de mundialização do capital, de subsunção formal e real do trabalho ao capital.

Sabe-se que a análise de conteúdo possibilita ao pesquisador um aprofundamento nos meandros do fenômeno, e das práticas sociais e seus processos; portanto, elegeu-se como instrumental desta pesquisa bibliográfica, a análise documental. Para descrever as propostas políticas de saúde, para região no período de 2004 a 2014, com ênfase na participação do controle social e gestão da saúde optou-se por uma pesquisa bibliográfica em artigos, livros da área de saúde pública dos últimos anos.

A fim de caracterizar os determinantes socioeconômicos da região de Inhoaíba com ênfase no binômio saúde-doença far-se-á uma pesquisa documental e bibliográfica sobre os determinantes sociais e de saúde da região. No tocante ao exercício profissional do Serviço Social na Estratégia da Saúde da Família, usar-se-á a técnica de análise documental das atas do decênio das reuniões do Serviço Social na área da CAP 5.2.

2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE E A GESTÃO PARTICIPATIVA EM INHOAÍBA

2.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E OS DESAFIOS DA GESTÃO PARTICIPATIVA

Para compreender o processo de gestão em saúde num espaço delimitado, como Inhoaíba tem-se de revisitar o contexto histórico mais amplo da Política de Saúde no Brasil e destacar alguns determinantes econômicos e sociais no país nas últimas décadas, que construiu as características regionais, deste território. Os estudos referentes às origens da Saúde Pública no Brasil envolvem, logicamente, disputas conceituais, ideológico-políticas sobre modelos de gestão, referidos tanto a natureza pública ou privada como ao grau de autonomia ou centralização no âmbito do Pacto Federativo.

No período da ditadura militar-empresarial (1964 a 1988) predomina a tendência privatista da saúde paralelo a sua medicalização, crescendo a demanda de consultas médicas em proporção à deterioração das condições de vida das grandes maiorias, prevalecendo, ao mesmo tempo, a estratégia de combate epidemiológico e o caráter excludente dos serviços de saúde. No final dos anos 70, com a crise da ditadura militar, provocada pela reconstrução da resistência popular, também passaram a serem questionados os precários sistemas de saúde, duplamente discriminatório: mercantil/público e/ou caritativo (para pobres) e previdenciário para certas categorias de funcionários (militares e civis).

A década de 80, marcada pela crise mundial e o ajuste permanente das “contas nacionais” no Brasil, golpeou prioritariamente ao “andar de baixo” da sociedade, em termos de elevado e permanente desemprego e precarização. Nesse processo os trabalhadores da saúde, sem deixarem de defender suas reivindicações profissionais, enfatizaram cada vez mais a luta por um sistema público, universal e qualificado de saúde, fato que, de acordo com Bravo (1996), teve como impulsor principal o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde. O Cebes é um organismo de mobilização social que ampliou o debate vinculando os temas Saúde e Democracia, contribuindo ativamente para a consolidação de propostas elaboradas por diferentes partidos políticos de oposição.

A abordagem política da questão sanitária enriqueceu os debates no Congresso Nacional que deram origem a uma nova política sanitária brasileira, promovida por diversos movimentos sociais, tendo como epicentro o Cebes, aglutinador de uma série de entidades, entre as quais cabe destacar a Frente Contra a Privatização da Saúde. Segundo Bravo (2000), essa Frente luta pela saúde pública universal de qualidade; trata a saúde, portanto, como

“direito social do cidadão e dever do estado”. Sistema universal com descentralização operacional e decisória nas esferas estadual e municipal, com financiamento adequado e uma gestão participativa democrática, organizada por intermédio de Conselhos de Saúde, reais e atuantes. Essa reivindicação está inscrita no artigo 196 da “Constituição Cidadã”, nos termos seguintes:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

O texto constitucional representa uma ruptura com os princípios reguladores da política anterior de saúde, caracterizada pelo modelo medicocêntrico⁸; da medicina curativa e preventiva, reservada a trabalhadores inscritos no Instituto Nacional de Previdência Social, sucessor do INAMPS.⁹ Tratava-se de um modelo restritivo, porquanto o acesso à saúde estava limitado aos contribuintes da previdência, relegando aos demais cidadãos o recurso aos hospitais gerais, tais como o Hospital Rocha Faria (recentemente municipalizado). Este processo de exclusão começou a ser superado pela pressão de movimentos populares, puxados tanto pelos excluídos da previdência restrita como por profissionais de saúde que lutavam e lutam contra a lógica mercadológica de acesso à saúde.

Estas aspirações representam um movimento sanitário, a partir das concepções dos usuários e trabalhadores da saúde. Nestes meandros, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, que visa assegurar o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde. Sustenta a apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e a superação das iniquidades entre as regiões do país. Ressaltam-se também na participação de profissionais dos níveis básico e médio em saúde, como os agentes comunitários de saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde.¹⁰ é o resultado da experiência acumulada de vários

⁸ A chamada visão médico-hospitalar é aquela que enfatiza os fenômenos biológicos na prática médica de tratamento das doenças.

⁹ O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974, através do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), hoje denominado Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), incumbida de prestar atendimento médico aos que contribuam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada.

¹⁰ Para saber mais: BRASIL. Constituição da República. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> Acesso em: 29 nov. 2005; BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: Acesso em: 29 mar. 2016. BRASIL. Portaria nº. 648, de 29 de março de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: Acesso em: 4 set. 2006.

atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste aspecto, cabe lembrar o caso dos hemoderivados antes controlados por empresas privadas, o que foi superado pelo SUS, permitindo seu controle laboratorial. Fato salientado por Bravo¹¹ como exemplo de ruptura do antigo modelo previdenciário/assistencialista. O ideário do SUS defende a democratização do atendimento à saúde desde a sua implantação, contudo, isso tropeça inevitavelmente com uma série de problemas. Em primeiro lugar, a questão do financiamento com a sobreposição do privado sobre o público; em segundo, a elevada demanda de assistência curativa que submete as ações de promoção e prevenção à hegemonia do modelo médico-assistencial nos diferentes serviços de saúde. Para resgatar e legitimar os princípios originários do SUS há a necessidade de mobilização permanente e massiva dos diferentes agentes sociais: pessoal sanitário, gestores públicos e usuários-beneficiários diretos do sistema.

Importam insistir nas diferentes manifestações da divergência entre o SUS ideal e o SUS realmente existente. Pensado como um conjunto diferenciado de serviços de saúde pública, estruturada em redes regionais que abrangem o conjunto do território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Como é sabido, o SUS não foi pensado como uma estrutura isolada destinada a materializar um direito básico da cidadania, senão como parte integrante de um sistema mais amplo de políticas de seguridade social que inclui: Saúde, Previdência e a Assistência Social. O SUS está longe de ter atingido os ideais planejados e, por isso, há que reconhecer que se trata de uma “reforma incompleta”.

A política que vigora no Brasil atual é uma versão extrema do neoliberalismo que coloca o Estado a serviço do mercado. Essa expressão, neoliberalismo, alude em termos conceituais ao predomínio das oligarquias dos grandes negócios, ou seja, bancário, industrial, comercial, agroexportador e exportação de minérios. Em termos, o neoliberalismo envolve uma série de programas: privatização de empresas públicas; política monetária e fiscal; desregulação do mercado de trabalho; recortes orçamentários de despesas públicas destinadas à educação, saúde e previdência social. Medidas essas que representam uma autêntica contrarreforma social destinada a favorecer a concentração do capital e seu poder político.

¹¹ Capacitação em Serviço Social e Política Social UNB 2000.

Este novo modelo econômico neoliberal¹² se assenta no desmantelamento dos compromissos sociais que apregoavam a redução das desigualdades e da pobreza crônica. Os direitos sociais passaram a ser apresentados como causa do déficit das contas públicas e pesado lastro que impediria a retomada do crescimento. Daí os mitos da austeridade orçamentária e da grande cruzada jurídico-mediática contra a corrupção, ao mesmo tempo em que se anistia a “repatriação” de capitais sonegados (surrupitados do povo e ocultados em paraísos fiscais) sob o falacioso argumento de incentivar o investimento empresarial. “Ficando desemprego e a precariedade massiva negligenciada, ou pior, elevada à condição de ‘variáveis de ajuste do custo do trabalho’.” (Organização internacional do Trabalho – OIT).

2.2 CONTROLE SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA

Para compreender os meandros que caracterizam a participação social no território de Inhoaíba s faz necessário entender as concepções sobre controle social.

A expressão controle social:

Na perspectiva das classes subalternas, visa à atuação dos setores organizados na sociedade civil que as representam na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e os interesses dessas classes (Dicionário de Educação Profissional em Saúde. EPSJV, 2009, p. 106).

Ao mesmo tempo é bom lembrar que quando se fala de doença frequentemente se alude a fatores genéticos, agentes infecciosos, ausência de assistência médica, modos de vida. No entanto, por trás e por cima dessas causas, existem outras menos visíveis que são os determinantes sociais da saúde. Entre eles, emprego decente, alimentação suficiente, água potável, moradia e saneamento básico, condições ecológicas e serviços sociais adequados. Todos estes fatores estão, por sua vez, condicionados pelos determinantes políticos que dependem das prioridades e estratégias dos governos que traduzem a correlação de forças entre o capital e o trabalho. Assim, por exemplo, sistemas mais avançados de seguridade social foram instaurados progressivamente durante o século XX, sobretudo depois da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), quando a correlação de forças entre trabalho e capital resultou favorável ao primeiro.

Neste contexto destaca-se que saúde ultrapassa a dimensão de cura de doenças, e se

¹² As reformas neoliberais estão configurando um novo padrão de acumulação, cuja principal contradição, é a tendência permanente ao estrangulamento externo acompanhado de crescente remessa de valores para os países centrais.

reafirma através dos aspectos biopsico e social.

Em razão disso, pode-se afirmar que o movimento dos trabalhadores tem sido o agente impulsor dos direitos sociais, incluindo os sistemas, mais ou menos universais, de Saúde Pública de qualidade. No Brasil, desde o início da industrialização, nos anos 30, a política social direcionada à classe trabalhadora tem sido a resposta paternalista do Estado oligárquico, preocupado em controlar burocraticamente o movimento reivindicatório dentro dos limites exigidos pelo processo de desenvolvimento capitalista. Entretanto é um resultado do processo de luta e resistência da classe trabalhadora, o que leva a classe dominante a promover direitos para conter os movimentos reivindicatórios.

De acordo com Dutra (2016), nos anos 50 tanto a política social como projeto industrialização dependiam da ação do Estado na sua atuação empresarial no setor produtivo, financiamento de infraestruturas de energia e transporte e no fornecimento de créditos para a expansão do setor privado e para o resgate de firmas falidas durante as crises econômicas.

No decorrer do tempo, com destaque para o período da ditadura militar-empresarial (1964-1980), o clientelismo político foi instrumento privilegiado de manipulação demagógica das políticas sociais, cujo caráter focalizado exclui a universalidade. Nesse contexto, cobraram força os processos de privatização da saúde, da educação secundária e superior, junto a uma precária assistência hospitalar destinada ao andar de baixo da sociedade. Um movimento de ruptura começou a se manifestar nos anos 80 forçando uma relativa democratização do país, como resultado da luta sindical e política dos trabalhadores. Esses processos provocam o desmanche da gaiola de ferro do Estado autoritário, instalado em 1964 pelas oligarquias econômicas, políticas e militares. Em outras palavras, o Estado torna-se campo de batalha e a política deixa de ser monopólio fechado das elites autorreprodutoras.

Assim, os embates pela democratização do Estado e da sociedade brasileira demoliram os pilares mais sólidos da ditadura (militar, empresarial e mediática) antes do enterro formal do regime militar. Como é sabido, o regime militar tentou mascarar sua natureza autoritária apelando ao malabarismo da eleição indireta, cujo mascaramento fracassou com a irrupção nas ruas de grandes movimentos populares: primeiro pela Anistia e, depois, pelas Diretas Já! Até impor a convocação de uma Assembleia Constituinte eleita, a qual elaborou, através de amplos e duros debates, a nova “Constituição Cidadã” solenemente proclamada em 1988.

Desde o início, a Constituição de 1988 foi e continua sendo alvo agressões por meio de sucessivas PECs (Propostas de Emenda Constitucional), tão insidiosas como antissociais. Este controvertido quadro histórico parece ter-se concentrado hoje na gestão da corrupção e na contenção da barbárie. Na contramão disso há, felizmente, entre os setores sociais mais

desamparados muitos que teimam em afirmar sua condição humana defendendo, por exemplo, a participação social nos Conselhos de gestão da saúde coletiva. Eis o tema que se pretende desenvolver a seguir.

Pela sua normativa fundacional, o Conselho Nacional de Saúde está composto por 48 conselheiros titulares (divididos em primeiros e segundos suplentes), representando instituições e movimentos sociais de usuários do SUS; organizações representativas dos profissionais de saúde, incluindo a comunidade científica; entidades de prestadores de serviços, entidades empresariais do setor e representantes do governo federal. Conforme o Regimento Interno do CNS, a composição do Conselho é definida da seguinte forma: cinquenta por cento de representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS (escolhidos em processo eleitoral direto), outro cinquenta por cento de representantes de entidades de profissionais de saúde (incluída a comunidade científica), entidades de prestadores de serviços de saúde, entidades empresariais da área da saúde (todos eleitos mediante processo eleitoral direto); representantes do governo, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde indicados pelos respectivos organismos.

Os Conselhos Distritais de Saúde reproduzem a normativa mencionada, seguindo orientações do Conselho Nacional de Saúde, mas com autonomia decisória e direito a escolher seus integrantes sob a orientação da Coordenação de Saúde. Isto abrange a eleição do presidente do Conselho, ocorrida em 2015, sempre com a preocupação de responder melhor as demandas de gestão da saúde local. Em informações obtidas no Portal da Transferência verificou-se a importância atribuída ao papel dos Conselhos no fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas. Estes espaços caracterizam-se pela composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil; pela natureza deliberativa e consultiva na execução das políticas públicas setoriais, sendo locus principal e canal da participação popular nas três instâncias de governo (federal estadual e municipal).

As experiências conhecidas parecem confirmar que os conselhos referidos contribuíram para institucionalizar a participação social, acolhendo, dentro de suas limitadas possibilidades, diversas demandas populares. Obviamente, a força propulsora destes conselhos é a vontade política dos participantes, o que não implica negligenciar a responsabilidade oficial de fornecer os recursos materiais e humanos requeridos para tornar realidade à tão publicitada como incipiente “democracia participativa” do andar de baixo em sociedades tão obscenamente desiguais como a brasileira.

O reconhecimento dos Conselhos como espaços públicos de representação pressupõe garantir a conexão das organizações da chamada sociedade civil¹³ com os potenciais usuários do SUS, oferecendo canais para a expressão (hipotética) dos interesses dos segmentos sociais que se pretende atingir. Eis aí descrito o quadro normativo que preside desde os anos 90 a construção dos Conselhos de Saúde.

Em tempos de crise como a vivida atualmente é fundamental pensar a Saúde no embate dialético entre as oligarquias impiedosas e a insuficiente capacidade de luta das classes subalternas. Esta conjuntura caracteriza-se, como é notório, pela redução de toda proteção social, pelo descaso com os direitos a saúde, educação e previdência, pelo aumento do desemprego, pela generalização da precariedade e pelo agravamento da pobreza extrema, fenômenos típicos de um capitalismo dependente, particularmente despótico.

Retornando à crônica histórica, convém lembrar que na década de 90, sob a pressão da sociedade civil, o Legislativo institucionalizou os conselhos de saúde pública, anunciando a possibilidade do controle social, a ser exercido por diversos grupos representativos de distintas faixas etárias e necessidades coletivas. Essa iniciativa abriu uma fresta para a democracia, através da transição das práticas reivindicatórias para as práticas propositivas, isto é, um pequeno exercício do controle nas estratégias de saúde coletiva. Diante desse cenário, foi instituído, em 1991, o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como resultado da pressão dos movimentos sociais.

Em 1999 foi instituída no Município do Rio de Janeiro a Gestão Plena do Sistema Municipal, apesar de uma realidade de crise que a atingia em cheio, a área de saúde continuou rolando a retórica discursiva de controle social da saúde como a litania do “direito do cidadão e dever do Estado” e pregando, como é habitual, a “construção da cidadania” para responder as reivindicações concretas de segmentos empobrecidos da sociedade, principalmente aqueles das regiões periféricas mais carentes de serviços de saúde. O chamado controle nos Conselhos Distritais de Saúde é apresentado como estratégia para dar voz aos usuários do SUS, no que se refere ao acesso e a qualidade dos serviços prestados.

Os Conselhos Distritais de Saúde contemplam a participação paritária, atribuindo 50% ao setor público e 50% aos usuários, lembrando que a cidade do Rio de Janeiro conta com dez Conselhos Distritais, divididos pelas Áreas Programáticas. Teoricamente esses conselhos pertencem aos interessados em promover a discussão sobre as políticas públicas da Saúde no

¹³ Segundo Virgínea Fonte (Dicionário EPSJV) A categoria sociedade civil nasce como o mundo burguês, vinculado ao conceito de Estado. Antônio Gramsci, no século XX, critica e reformulada o conceito. Na atualidade, tanto o conceito como as próprias entidades da sociedade civil são âmbito de intensas lutas sociais entre uma abordagem (e uma prática) de cunho liberal e uma abordagem (e uma prática) crítica.

Rio de Janeiro. Em tese, o controle social deve dialogar continuamente com o poder público e com a sociedade no intuito de desenvolver ações integradas e intersetoriais para resolver os problemas da Rede Assistencial da Saúde, sobretudo no território dos usuários do SUS.

2.3 GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E O ASSÉDIO DAS FUNDAÇÕES PRIVADAS

A Gestão da Saúde no Município do Rio de Janeiro caracteriza-se atualmente pela terceirização dos serviços e a proliferação das parcerias público-privadas. É difundida a falsa ideia que os serviços privados funcionam melhor que o público. Para os usuários do SUS esta falácia ficou evidente nos dois mandatos do governo sócio-liberais, quando a ampliação do número das unidades de saúde aconteceu via a contratação por Organizações Sociais, qualificadas pela Prefeitura para executar o disposto na sua Lei nº 5.026 de 19 de maio de 2009.

Essa Lei Municipal regulamenta as atribuições de tais Organizações Sociais, inseridas no âmbito das administrações direta e indireta, foi apresentada inicialmente como uma forma inovadora de gestão qualificada das atividades de diferentes setores da prefeitura do Rio de Janeiro. Estas organizações são contratadas para a gestão de diversos programas de trabalho que estipula limites de despesas e promete transparência das ações, assim como a obrigação de fiscalização permanente.

Cabe ao Secretário Municipal de Saúde supervisionar as escolhas das OSs, mas sem a participação do Controle Social. A gestão do ex-prefeito Eduardo Paes foi considerada antidemocrática verticalizada (DUTRA, 2016) por ter reformatado a tradicional estrutura funcional da Secretaria de Saúde atribuindo os cargos de gerenciamento a jovens tecnólogos incumbidos de simular o controle social através dos conselhos de gestores das unidades de saúde, além de uma pretensa territorialização dos debates como forma de consolidar as exóticas parcerias público-privadas.

Diante destes fatos, as entidades de classe e grupos defensores da Saúde Pública começaram a se organizar, elaborando uma série de documentos críticos na perspectiva do Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde¹⁴. Exemplo disto é um documento de 2013,

¹⁴ Segundo Souza Bravo A ampliação das Organizações Sociais em vários estados do Brasil propiciou a articulação dos Fóruns de Saúde do Rio de Janeiro, Paraná, Alagoas, São Paulo e Londrina, em maio de 2010, para compor uma Frente Nacional pela procedência da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) n. 1.923/98, contra a Lei n. 9.637/98, que "dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de

intitulado *Contra fatos não há argumentos*, o qual salienta que “são as organizações sociais brasileiras as que podem avaliar o atual quadro da saúde do Município do Rio de Janeiro”. Este documento caracteriza a gestão de metas e de ações pontuais de atendimento à população, incluindo suas campanhas mensais de “promoção de saúde”. Este material foi elaborado pela Frente Nacional contra a Privatização da Saúde surgido nos Fóruns de Saúde¹⁵ para serem elevado aos ministros do Supremo Tribunal Federal como denúncia da ilegitimidade manifesta da invenção das mal chamadas Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público apresentado pela politicagem de turno como modelo de gestão pós-moderna dos serviços públicos na área da saúde. O modelo de Organizações Sociais tem provocado danos irreversíveis aos usuários e aos trabalhadores da saúde, danos esses não restritos às finanças públicas. O documento mencionado evidencia com argumentos sólidos a inconsistência jurídica e a falsidade econômica das Organizações Sociais.

Ao arripio da legalidade preexistente, o ex-prefeito do Rio de Janeiro, Eduardo Paes promulgou, no dia 19 de maio de 2009, o Decreto-Lei n.º 5.026, reforçando a ofensiva privatista na saúde, ao regulamentar as modalidades de qualificação das entidades como Organizações Sociais, nos termos seguintes: “Após diversos estudos ocorre à proposição para os Ministros do Supremo Tribunal Federal para julgarem procedentes os pedidos de inconstitucionalidade formulados no âmbito da ADI 1.923/98.” (BRASIL, 2009).

O referido documento foi baseado em depoimentos de usuários e trabalhadores da saúde das Organizações Sociais, que atuam na Administração pública direta, que são estimulados através de premiações a realizarem atendimentos aos usuários a fim de cumprir metas determinadas pelas gestões da OS. A proposta de fiscalização como já citada, não ficou clara tendo em vista que, no período de 2003 até 2010, ocorreram suspeitas de irregularidades nos serviços da prefeitura. Segundo relato do Fórum pela Saúde fica evidente:

O predomínio da lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação das políticas públicas, sobretudo as políticas sociais desta, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado. Ocorre a manutenção do quadro de ampla desigualdade social e iniquidades regionais e sociais nas condições de vida e saúde (BRAVO, 2004).

Nesse contexto ocorre à restrição dos direitos sociais constitucionais, tendo em vista o

suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências”, e contra a alteração do inciso XXIV do artigo 24 da Lei n. 8.666/93, com redação dada pelo artigo 1º da Lei n. 9.648/98, que permite a dispensa de licitação para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais (OS).

¹⁵ A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde é composta por diversos Fóruns estaduais em torno da luta por um SUS cem por cento públicos, estatal e de qualidade.

equilíbrio fiscal como também as privatizações e a flexibilização nas relações de trabalho, o que inviabiliza a concepção da Seguridade Social da Constituição Federal de 1988, que apresenta uma política de proteção social direcionada para a universalização democrática e participativa. Na atualidade, os modelos gerenciais apresentam o subfinanciamento e distorções nos gastos públicos influenciado pela lógica do mercado. A Constituição de 88 com o seu texto inovador não foi poupada das estratégias capitalistas, a fim de difundir as propostas de organização de um Estado Mínimo reformista constitucionalmente, que passa a atingir diretamente os direitos dos trabalhadores em relação aos direitos previdenciários.

Numa perspectiva histórica, na década de 90 aprofunda-se o redirecionamento do Estado em prejuízo das políticas sociais, adotando-se servilmente o dogma neoliberal do ajuste fiscal permanente. Dogma que considera as políticas sociais como principal obstáculo para a chamada governança, eufemismo este imposto surgido no Consenso de Washington, formulado em 1989 pelo Fundo Monetário Internacional, para mascarar o domínio pleno das oligarquias capitalistas; usado e abusado por mandatários neoliberais.

Em 1999, Bresser Pereira, competente professor de Economia na USP, ex-titular do Ministério de Reforma do Estado no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2001), reconhecido campeão da cruzada neoliberal, fez uma vigorosa crítica (e autocrítica) dessa orientação:

Ao atacar o Estado Social, o neoliberalismo estava explicitamente procurando reduzir o tamanho e as funções sociais do Estado, com o objetivo implícito de enfraquecê-lo. A tese neoliberal repetia o individualismo metodológico neoclássico, segundo o qual apenas pequenos grupos têm efetiva capacidade de ação coletiva. Negava, assim, ao Estado sua capacidade principal - a de ser instrumento dessa ação. Procurava voltar ao tempo do Estado Liberal do século XIX - um Estado não democrático no qual a burguesia tinha um poder maior do que tem hoje no Estado Democrático. No Estado Liberal se garantiam os direitos civis, mas não os sociais, e nem mesmo os políticos; como se opunha ao sufrágio universal, não havia democracia. (BRESSER PEREIRA, 1999, p. 8).

O Estado deixa de assumir o seu papel de legitimação social básico colocando-se inteiramente a serviço das castas oligárquicas. A hegemonia neoliberal consolidou-se no Brasil atual através do recente golpe legislativo-judicial-midiático, organizado para demolir direitos sociais, trabalhistas, previdenciários e, concretamente, os de Saúde e Educação públicas. Segundo Granemann (2007), desde a contrarreforma do Estado brasileiro realizada sob a gerência de Bresser Pereira no governo de Fernando Henrique Cardoso, não havia sido difundido projeto de contrarreforma do Estado com pretensões tão abrangentes como o recentemente divulgado pelo governo Lula, o Projeto Fundação Estatal. Para Mavi (2008, p.

35), corresponde a esse o processo de “assistencialização” do Serviço Social na Saúde, quando os assistentes sociais da prefeitura do Rio de Janeiro foram incorporados formalmente ao Simas, exercendo suas atividades profissionais, cedidos a outras secretarias, sob constante ameaça de transferência e drástica retirada do Serviço social da Saúde. Assim, o assistente social torna-se vigia da exclusão. Na década de 90, aumentou o número total de trabalhadores da área de saúde com resultado da incorporação dos assistentes sociais às Unidades de Saúde, principalmente na Atenção Primária.

Os trabalhadores da Saúde são sujeitos históricos, cuja formação e desenvolvimento encontram-se semeadas de obstáculos e lutas reivindicativas ao longo de diferentes momentos da história brasileira. O atual processo de mudanças inicia-se nos anos 90 com o aumento de verbas o que possibilitou a ampliação do acesso à saúde, em particular através Atenção Básica, contrariando os ditames neoliberais. No Brasil, a Atenção Básica encontra-se estruturada de forma territorializada, mediante o planejamento e a operacionalização descentralizada das tarefas setoriais e intersetoriais destinadas a atender as demandas sanitárias das diversas subáreas, sempre em consonância com o princípio da equidade estipulado pela *Política Nacional de Atenção Básica* (PNAS, 2015).

O principal instrumento do Ministério da Saúde para o desenvolvimento da ABS é a chamada Estratégia Saúde da Família (ESF) iniciada na referida década, incluindo o esboço ainda limitado do *Programa Nacional de Agentes Comunitários*, mais tarde denominado Programa de Agentes Comunitário de Atenção à Saúde em forma regionalizada e focalizada. As principais ações eram realizadas por meio de visitas domiciliares levando em consideração o cadastramento das famílias. No desenvolvimento desse programa foram identificadas necessidades para as quais a equipe de saúde da família não estava preparada, ficando evidente a necessidade da criação de novos suportes, surgindo, assim, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, o NASF.

O objetivo evidente deste capítulo consistiu em expor as demandas mais necessárias da saúde pública e seu percurso histórico, com a apresentação da participação dos trabalhadores da saúde básica, abordando o controle social e os entraves atuais para a realização da Saúde Pública em face de um período de acirramento de ofensiva neoliberal. O próximo capítulo evoca os antecedentes, ou seja, como era a atenção sanitária concentrada em campanhas pontuais como a imunização e os atendimentos restritos a poucas unidades de saúde existentes em zonas periféricas como a Zona Oeste do Estado do Rio de Janeiro.

A revisão bibliográfica permite verificar que antes da instituição do SUS, mediante a Lei Orgânica n. 8.080 de 1990 nas áreas operacionais da cidade fluminense, os serviços

sanitários mal conseguiam cuidar saúde e combater doenças. E na Zona Oeste, conhecida última fronteira da urbanização do estado, era uma das áreas mais negligenciadas, como, por exemplo, o bairro de Inhoaíba objeto do capítulo seguinte.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO DE INHOAÍBA

3.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (CONCEITUAÇÃO)

A Atenção Primária à Saúde é a estratégia adotada para responder as necessidades sanitárias da população, mediante ações preventivas e curativas. O modelo brasileiro APS é uma conquista da Reforma Sanitária¹⁶ que instituiu o SUS, notadamente para responder as demandas das camadas populares, antes negligenciadas. A proposta de Reforma Sanitária apresenta três aspectos fundamentais:

1°. A saúde como resultante das condições socioeconômicas, como direito e responsabilidade do Estado que deve ser viabilizada de forma universal, através de um sistema único;

2°. Quando se busca pensar a saúde como resultante das condições socioeconômicas, incorpora-se na reflexão itens como: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde, buscando, dessa forma, abranger um conjunto de dimensões que incidirão na saúde dos sujeitos.

3°. Um entendimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, esta mudança se caracteriza pela transição de uma concepção de cidadania regulada, base das políticas de saúde compensatórias, para um entendimento de cidadania baseado no reconhecimento do direito igual de todos os cidadãos às ações de saúde.

Por sua vez, a gênese da Atenção Primária é atribuída pelos historiadores da medicina ao chamado Relatório Dawson publicado na Inglaterra em 1920.¹⁷ Este relatório propõe um modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino.

¹⁶ O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 70. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias em relação às transformações necessárias na área da saúde, que não abarcavam apenas o sistema, bem como todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sérgio Arouca. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializada com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹⁷ Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano norte-americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (DICIONÁRIO. DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE, 2009).

Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam realizar a organização dos serviços de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos com formação em clínica geral. Ao mesmo tempo, os problemas que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis no seu campo de atuação deveriam ser derivados a centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas ou bem para hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Este modelo de organização, caracterizado pela hierarquização dos níveis de atenção foi adotado na estruturação do SUS¹⁸, no qual os serviços de assistência domiciliar de um dado território estão concentrados num Centro de Saúde Primária, equipado com serviços de medicina curativa e preventiva atendidos por clínicos generalistas que atuam numa equipe integrada por diferentes profissionais que se complementam.

Segundo Paulo M. Buss (2010), os cuidados integrais com a saúde implicam ações de promoção, prevenção de doenças e fatores de risco e, depois de instalada a doença, o tratamento adequado dos doentes. Esses três tipos de ação têm, como é lógico, áreas superpostas (BUSS 2010). O conceito de promoção da saúde abrange um conjunto de ações práticas de promoção da saúde realizada por profissionais da área e pela comunidade. Em tese, a saúde é um direito humano fundamental solenemente proclamado em todos os foros mundiais e em todas as sociedades. No plano ideal, a saúde se encontra em pé de igualdade com outros direitos proclamados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, tais como: liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade etc. A saúde é amplamente reconhecida, na tradicional retórica política, como o maior e o melhor recurso para os desenvolvimentos socioeconômico e pessoal. Analogamente, como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida. A saúde e a qualidade de vida são dois conceitos estreitamente relacionados, fato visível no cotidiano, com o qual pesquisadores e cientistas concordam inteiramente. Em resumo, trata-se de uma obviedade ululante que promover a saúde é promover a qualidade de vida.

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, estipulou uma série de princípios éticos e políticos e os correspondentes campos de ação. O documento declara com toda seriedade que a promoção da saúde representa o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida

¹⁸ A organização do SUS em nosso país está assentada em três pilares: *rede (integração dos serviços interfederativos)*, *regionalização (região de saúde)* e *hierarquização (níveis de complexidade dos serviços)*. Estes são os pilares que sustentam o modelo de Atenção à Saúde, conforme dispõe o artigo 198 da CF. A Constituição ao estatuir que o SUS seja um sistema *integrado*, organizado em *rede regionalizada e hierarquizada definiu o modelo de atenção de forma organizativa*.

saudável, incluindo maior participação no controle desse processo pelos usuários. No caso do Brasil, os aspectos legais que regulam a atenção primária são: a Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011 que institui a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs).

A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica e, de maneira especial, a ESF, para sua consecução, necessita de diretrizes que apoiem as diferentes atividades a estas relacionadas. A definição de território que corresponde a cada organização compreende um tema fundamental para o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Isto permite gestores, profissionais e usuários do SUS compreenderem a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individuais e coletivos), o que evidencia as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM, 2012).

O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculos, afetividade e confiança entre pessoas, famílias e grupos com equipes de profissionais, sendo que estas passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (CFBRASIL, 2011).

A ideia de que os cuidados dispensados à Atenção Básica são simples há muito deixou de ser realidade, se é que algum dia foi. Estes são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, nos níveis individual e coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade. Entretanto, fica o alerta de Schmith e Lima (2004) de que apenas a menção da sigla ESF não significa necessariamente uma mudança de paradigma, em que o modelo de vigilância à saúde, base desta estratégia, esteja apenas no território delimitado e na população adstrita.

Como se pode verificar, a ação na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo o seu viés integral (BRASIL, 2011). Por isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe para que os saberes se somem e se concretizem em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária.

Provavelmente, o profissional vivencia no dia a dia a dificuldade de se trabalhar de

forma compartilhada, ampliando a integração com os outros profissionais em um trabalho conjunto que busque a integração da Atenção à Saúde (PEDUZZI, 1998). Percebe-se que muitos profissionais presenciam ainda hoje a hegemonia dos saberes e a separação dos fazeres. Muitos foram habituados na fase universitária a trabalharem isoladamente de modo que apenas seus pares faziam parte do círculo de discussão e de tomadas de decisões, o que dificulta a ideia de cooperação. Ao analisar as atas fica evidente esta concepção apresentada.

Essa experiência muitas vezes origina atritos, conflitos e até hostilidade competitiva. Situações que podem ser superadas com a construção de um projeto comum, no qual seja definida não só a responsabilidade de cada membro, assim como a disposição em ouvir e considerar as experiências uns dos outros, em que a comunicação representa a principal ferramenta para que esses conflitos sejam convertidos em crescimento para a equipe e em um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que redunde na gestão do cuidado integral do usuário (FRANCISCHINI; MOURA; CHINELATTO, 2008; BRASIL, 2011).

Observa-se que o desenvolvimento do trabalho em equipe não se constitui em um processo simples. As mudanças ocorridas na modernidade como a globalização das doenças, das práticas em saúde e dos hábitos de vida exigem que cada profissional se atualize constantemente a fim de contribuir para o desenvolvimento de um projeto coletivo que envolva a equipe. Tendo em vista, no entanto as necessidades impostas pelo mercado e a conjuntura política vigente.

Os Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia desenvolvem estratégias que pretendem responder a esses desafios. Com destaque para a ESF, na qual o trabalho em equipe constitui um dos pilares básicos para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, por intermédio da interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e áreas de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político a permear a intervenção técnico-científica.

Como se pode notar, o processo pedagógico proposto resulta dinâmico e contínuo, não se esgota com a aquisição de informação ou habilidade, uma vez que leva em conta a construção do conhecimento, da consciência crítico-reflexivo e de compromisso pessoal e profissional, exigindo dos trabalhadores, gestores e usuários tomadas de decisões que criem condições para o estabelecimento de mudanças para superarem os nós críticos existentes, por meio de experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde com o objetivo de transformar a realidade (BRASIL, 2011). Essas transformações positivas só virão a ocorrer com a responsabilização de cada um pela organização e pela consecução de atividades de educação permanente que capacitem cada membro da equipe a se apropriar dos

conhecimentos necessários para exercer suas atividades de forma resolutive (CECCIM, 2005).

Outro ponto fundamental reside em desenvolver a chamada cultura de avaliação, modismo “managerial” ou marketeiro, segundo o qual todo processo de gestão e cuidado desenvolvido por uma equipe multiprofissional, de modo compartilhado, deve ser avaliado de forma contabilizável, com o objetivo de aprimoramento e adequação de rumo. Por estas razões justifica-se o estudo *in loco* dos processos de formativos e educação em saúde, em regiões da cidade do Rio de Janeiro, particularmente, a trajetória do assistente social na atenção básica com as equipes do ESF que contribuirá para mostrar os desafios e avanços no processo de promoção da saúde e gestão da saúde local, hoje ameaçada pela ofensiva neoliberal contra os direitos trabalhistas, contra proteção social da saúde e da vida da espécie humana assalariada.

3.2 ESTRUTURA FÍSICA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE (CAPS)

Em sua estrutura física, os Centros de Atenção Primária de Saúde variam de tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais e a localização em centros urbanos ou rurais ou periféricos. Em sua maioria, trata-se de clínicas gerais em nível distrital, chefiadas por médicos, formada parte de estruturas regionais (MINISTRY OF HEALTH, 1920) ¹⁹. Outra característica dos CAPS é a integração dos serviços, fato que assegura a integração entre ações curativas e preventivas, tão importante para a qualidade sanitária. No entanto, os elevados custos dos sistemas de saúde associados à proliferação de novas tecnologias médicas, nem sempre eficientes, tornou-se um problema para o sustento econômico da saúde nos países desenvolvidos, o que lhes obrigou a procurar formas de organização sanitária de menor custo e maior eficiência.

É notório que os serviços de saúde pública dos países dependentes e empobrecidos são precários e, muitas vezes, caóticos e deprimentes, o que explica os elevados índices de morbidade e mortalidade e a reduzida esperança de vida. O nível de desenvolvimento socioeconômico de uma localidade ou país inclui também seu sistema de saúde. Seu primeiro nível responde pelo contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. A partir deste primeiro nível os cuidados de saúde são levados o mais

¹⁹ Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região.

proximamente possível às regiões onde pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento do processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas demandas por saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar abarcando médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares, agentes comunitários e a participação social na gestão e controle de suas atividades. Este documento descreve as ações mínimas necessárias para garantir desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões; alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.²⁰

Em todo o contexto da organização da APS, percebem-se os determinantes socioeconômicos até mesmo na produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com as suas necessidades, isto reforça o fato de que a saúde é o resultado da manifestação da questão social, apresentada pelas desigualdades entre os diversos países; e passa a determinar que os governos nacionais devam protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, com o estímulo do intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional. Embora as metas de Alma-Ata não tenham sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século.

Organismos internacionais como o Banco Mundial patrocinam programas focalizados de APS, limitados a pacotes de medidas de pouca complexidade endereçados a populações de baixa renda, visando à redução da pobreza extrema e a exclusão social decorrentes da expansão do capitalismo globalizado, abdicando assim da retórica universalista da Declaração de Alma-Ata e do ideário de defesa da saúde como um direito (MATTOS, 2000). O Brasil teve desde o início do século XX algumas experiências incipientes de APS, pois os poucos centros de saúde existentes, já em 1924, mantinham a divisão entre as ações curativas e as preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. Nos anos 40 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que realizava as ações curativas e preventivas, de forma restrita às doenças infecciosas e carências.

²⁰ A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Neste sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento. (DICIONÁRIO EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E SAÚDE, 2009).

Inicialmente essa experiência ficou circunscrita às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha.

Nos anos 50 e 60, apesar de ampliada para outras regiões do país, a área de Saúde ficou restrita, de um lado, pela proliferação do modelo médico-privatista e, de outro, pelas dificuldades de expansão do SESP, órgão do governo federal (MENDES, 2002). Na década de 70, instaura-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), cuja finalidade era garantir o acesso à população historicamente excluída, desenvolvendo uma série de intervenções médicas simplificadas, caracterizando, desse modo, uma política centralizada e de baixa resolutividade, incapaz de fornecer uma atenção integral à população. Nesse ambiente desenvolvem-se movimentos sociais que reivindicam serviços de saúde que garantam a toda a população assistência sanitária que não podem oferecer as equipes de APS, limitadas pela falta de recursos materiais e humanos.

O descaso oficial para as necessidades populares de saúde vem acontecendo de longa data. Nesse contexto, surge e se desenvolve o movimento sanitário, a partir das concepções dos assistidos por equipes sobre a APS. Os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde, visando asseverar a integralidade dos serviços locais de saúde em todas as regiões do país. Ressalta-se também na APS a participação de profissionais dos níveis básico e médio em saúde, como os agentes comunitários de saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde.²¹

Para a garantia da qualidade dos serviços oferecidos, com a mudança do modelo por meio da Estratégia Saúde da Família, foi criado um componente de qualidade para avaliar, valorizar e classificar por meio de metas equipes e municípios e, assim, assegurar o aumento do repasse de recursos em função da contratação de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite. A nova Política Nacional de Atenção de Básica (PNAB)²² contribui para a atualização dos conceitos

²¹ Para saber mais: BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2006.

²² Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ampliação da atenção primária é o resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Na realidade brasileira, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização e distribuída próxima do cotidiano das pessoas. Tem como princípio a garantia do contato preferencial dos usuários e, por consequência, é a principal porta de entrada e o centro de intercomunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Em 2012, além do aumento dos recursos (quase 40% em relação a 2010) repassado fundo a fundo desde a criação do PAB, a nova PNAB mudou o desenho do financiamento federal para a atenção básica, passando a combinar equidade e qualidade. Em relação à equidade, o PAB Fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e

sanitários de Atenção Básica e sua estrutura funcional. Procuram-se ajustes das equipes de APS para atingir diferentes segmentos populacionais e territórios socialmente diferenciados, bem como reconfigurar as Equipes de Saúde da Família (ESF), mediante a criação de Equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua, Consultórios na Rua. Promove-se a ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Outro objetivo foi simplificar e facilitar condições para a criação de UBS Fluviais e ESF para as populações ribeirinhas.

A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização Programa Saúde na Escola (PSE) e sua expansão às creches em acordo com as indústrias e às escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de mais de quatro mil polos da Academia da Saúde até 2014.

Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa²³ para ampliar o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar e, por extensão, promover a saúde. De acordo com a proposta descrita o Sistema Saúde Presente, as estruturas físicas dos centros de saúde são padronizadas a partir da orientação. Cada espaço estratégico contém detalhes, meticulosamente pensado e decorado para favorecer um processo de trabalho mais responsável e humanizado. Na recepção/acolhimento, o atendimento é realizado com base populacional, personalizado e territorializado, em um cadastro no qual o cidadão sabe quem é o responsável por sua entrada no sistema. A Sala dos Agentes Comunitários demonstra a importância de uma estrutura física adequada e o respeito aos profissionais comprometidos com o cidadão que ali busca atendimento. Criada para abrigar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Vigilância em Saúde, esta sala apresenta a união entre tecnologias de saber popular e cultural da região, promoção da saúde, avaliação de determinantes sociais, metodologias educacionais, prontuário eletrônico com alertas para monitoramento e busca ativa de casos, criação de plano de cuidado personalizado para cada micro área e família de responsabilidade de cada agente.

Além disso, esse espaço para os agentes comunitários estabelece a importância da integração dos Agentes de Vigilância em Saúde, retoma conceitos fundamentais para a

extremamente pobre e com as menores densidades demográficas (DICIONÁRIO EDUCAÇÃO PROFISSIONAL ESAÚDE, 2009).

²³ O Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar.

vigilância, como a territorialização, em que cada agente é responsável por determinada área de saúde da família, trabalhando em conjunto com a equipe, a longitudinalidade do acompanhamento, a responsabilização e o aumento na autonomia no processo de trabalho, com avaliação não mais baseada em produção e sim em resultados e, principalmente, valorizando a principal característica do trabalho dos agentes, a educação, em grupo ou individual em cada visita.

Quatro espaços merecem atenção especial, as salas da Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Acolhimento Mãe-Bebê e Sala de Hipertensão e Diabetes. São salas criadas prioritariamente para a consulta das enfermeiras, que concentram materiais educativos, toda a área é constituída por instrumental e funcionalidade própria, apesar da aparente segmentação na prática diária da unidade, esta organização facilita o processo de trabalho no serviço de saúde. O Saúde Presente constitui uma oportunidade para a construção de uma rede universal e equânime prestadora de Cuidados de Saúde Primários de excelência, adequados às características das populações, próximos das famílias e dos cidadãos, sustentáveis e baseados no empreendedorismo profissional de cada equipe, é certamente mais que a reforma do modelo da atenção à saúde, trata-se, sobretudo, de uma reforma de sociedade para melhor.

3.3 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO DE QUALIDADE E A REGIÃO DE INHOAÍBA

Com esse intuito da melhoria do acesso da qualidade do serviço à saúde, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), Portaria nº. 1.654, de 19 de julho de 2011, com a finalidade de ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na Atenção Básica. É organizado em quatro fases que se complementam e conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: Adesão e Contratação; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratação.

Na primeira fase do PMAQ ocorre a adesão ao programa, mediante a contratação de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a participação do controle social.

Os municípios receberam inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, vinte por cento do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável por equipe contratada. Na segunda fase será desenvolvido um conjunto de ações pelas equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o

intuito de promover mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional.

Na terceira fase ocorre a avaliação externa, quando são averiguadas as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da Atenção Básica, participantes do programa. Finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação das equipes e dos municípios, estabelecendo-se novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados nas fases 2 e 3 do PMAQ. As propostas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) (BRASIL, 2008) e do Telessaúde são exemplos de novas modalidades de utilização das novas tecnologias cibernéticas em educação permanente do SUS com ênfase no trabalho colaborativo.

Para atingir um grande número de pessoas agrupadas em diferentes centros ou dispersas individualmente em um extenso território é necessário organizar uma rede colaborativa de todos os integrantes da equipe, exercendo cada um a sua profissão, segundo as disposições legais que especificamente as regulam. Para tanto é necessário começar pela definição organizada das atribuições dos diferentes profissionais; identificar os eventuais riscos e pontos vulneráveis, pesquisar de forma ativa as doenças e agravos de notificação compulsória. Cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita. Procedendo de maneira interdisciplinar em reuniões sistemáticas, organizadas e coletivamente para planejar e avaliar o trabalho. Associadas a estas, outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover a atenção integral, contínua e organizada da referida população.

O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. Convém lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da Unidade de Saúde, como também em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado (CF BRASIL, 2011).

Entretanto, é necessário que esse mesmo sujeito, que hoje necessita de cuidados, seja capaz, em um momento posterior, de gerir sua forma de conduzir sua vida e a de sua família, de forma autônoma e saudável. As ações educativas, que interfiram no processo de saúde-doença, devem ser incrementadas, bem como o incentivo à mobilização e à participação da comunidade, com a intenção de efetivar o controle social (CF BRASIL, 2011).

Os membros das equipes da Estratégia Saúde da Família atuam de forma cooperada

desenvolvendo individualmente as funções próprias da sua especialidade, Sem esquecer que tal função tem limites e a cooperação é a essência da equipe, no qual cada um se reconhece e reconhece também a atividade dos outros. Nesta mesma ordem, cabem situar as principais contribuições do assistente social como profissional integrado na equipe de saúde da família na região de Inhoaíba.

4 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA DA REGIÃO DE INHOAÍBA (CAP 5.2).

4.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A REGIÃO DE INHOAÍBA

A região de Inhoaíba pode ser apresentada a partir de uma contextualização, que ultrapassa a dimensão de território violento como já há muito descrito, e se direciona para as questões agroindustriais presentes, que determina o processo de saúde-doença na região. O bairro de Inhoaíba pode ser apresentado por intermédio dos comportamentos e representações sociais dos segmentos que utilizam os serviços de saúde, caracterizado por uma população instalada numa região periférica. Tem-se como perspectiva a compreensão dos determinantes de saúde, como resultado de um processo constituído de variáveis regionais, culturais e sociais.

Segundo o Relatório da área programática 5.2 (2009-2016) a região de Campo Grande está localizada na zona oeste do Rio de Janeiro, tem aproximadamente 305,92 quilômetros quadrados e é considerada a maior área em extensão geográfica da cidade, que representa vinte e cinco por cento da extensão territorial do município e trinta e cinco por cento da Zona Oeste. Esta região tem como limite norte o Município de Nova Iguaçu, a leste com a AP 5.1, a oeste com a AP 5.3 e a Baía de Sepetiba, e ao sul com a AP 4.0 e Oceano Atlântico. A população contabilizada no censo IBGE de 2010 foi de 665.198 habitantes, e a população estimada para 2016 é de 705.758 habitantes (IPP, 2016).

A população de Inhoaíba é composta por 64.649 habitantes, com o bairro dividido entre Campo Grande Norte e Campo Grande Sul. Para descrição do bairro serão percorridos os caminhos: da agricultura/industrialização/comércio; o processo de urbanização; e, por fim, será apresentada a relação determinantes e determinações sociais. Inhoaíba no seu contexto agrário, industrial e comercial diante do reconhecimento de sua função como Zona Rural. No aspecto regional, apresenta-se a partir da Fazenda de Inhoaíba, que era atravessada pela Estrada Real de Santa Cruz, atual Avenida Cesário de Melo e ficava em frente à Fazenda Campinho onde as terras eram utilizadas para a lavoura de laranjais e cafeicultura. Naquela época, mais precisamente, 1915, período que coincide com o da Primeira Guerra Mundial (1914-1919) devastadora.

Na abordagem dos historiadores Fróes e Gelabert (2010), ocorreram uma migração nacional destinada a explorar a chamada pequena lavoura, em atenção ao apelo do governo federal para que aumentasse a produção, em vista o atendimento a demanda dos mercados

interno e externo, além de suprir a população em guerra, com a plantação de outros gêneros alimentícios. Houve também uma organização da terra que passou a ser dividida em lote, cujo movimento agrário causou a degradação do solo, visto que os agricultores desconheciam técnicas de cultivo. Na região, o ciclo da laranja desde os seus primórdios da ocupação portuguesa foi expressivo e o apogeu se deu a partir de 1920 devido ao maior financiamento do capital inglês quando se instalaram usinas de beneficiamento e se organizou o negócio de exportação.

A economia cafeeira na República Oligárquica, este processo de produção de capital por meio da economia agrária marca um forma de sociabilidade e ao mesmo tempo impede o desenvolvimento industrial na região (BOITO, 2010). A hegemonia da burguesia cafeeira no interior do bloco do poder permitiu a unificação do mercado nacional e a remoção dos obstáculos políticos à implantação de uma política econômica industrializante, essa liquidação só foi possível graças ao movimento tenentista que canalizou a insatisfação popular com a República Oligárquica de uma maneira politicamente eficiente (SANTA ROSA, 1976; BOITO, 2010).²⁴ Segundo os historiadores Fróes e Gelabert (2010), numa abordagem cronológica, destacam as crises da cultura do café, iniciadas no final do século XIX e persistindo até o século seguinte, durante a Primeira Guerra Mundial, até culminarem com a depressão que se seguiu ao colapso de Wall Street, em 1929, com suas consequências no comércio internacional estendendo-se à cotação do café. Em face disso, a Região de Inhoaíba voltou-se para uma nova atividade, a citricultura.

Durante o governo do presidente Washington Luís (1926-1930), a Estrada Real foi incorporada à antiga Estrada Rio-São Paulo, fato que integrou Campo Grande ao tecido urbano da cidade, acentuando o seu adensamento. Até os anos 40, Campo Grande foi considerado a grande região produtora de laranjas, o que lhe rendeu o nome de "Citrolândia". A região é reconhecida como terra da laranja, de acordo com os estudos realizados por Fróes e Gelabert, havia naquela época 1,8 milhões de laranjeiras em Campo Grande e adjacências, com a ocupação do solo em 1.140 hectares, distribuídos por 505 propriedades, cuja exportação atingia 608 caixas mensais. Logo após a Segunda Grande Guerra, em 1946, a abertura da grande Avenida Brasil, tida por muitos como a maior via urbana em extensão, aproximou ainda mais a região do restante da cidade.

O transporte da produção das indústrias cariocas foi um problema durante a década de

²⁴ Em memória afetiva, há recordação de uma fábrica de café, SACIPAN, que era uma fábrica enorme com várias chaminés de onde saía aquele cheirinho gostoso de café invadindo o bairro e, em alguns casos, causando as ditas "alergias respiratórias". Era um cheiro gostoso que perfumava o local.

50 que culminou com a criação da Rodovia Presidente Dutra, ligando o Rio de Janeiro a São Paulo. O trajeto do fluxo de mercadorias para outra direção e a região com sinais de esgotamento, em termos de espessamento e desenvolvimento industrial. Cabe ressaltar que, segundo historiadores, em 1946 iniciou-se na cidade, na região de Campo Grande, a avicultura industrial, atividade introduzida por Bartolomeu Rabelo, precisamente na Estrada do Mato Alto, em Guaratiba, região caracterizada por belíssimas das praias locais, turísticas de forma natural. Com o desenvolvimento das atividades pesqueiras, com entrepostos em Barra e Pedra de Guaratiba. A região desenvolveu uma gastronomia típica, com vocação localizada surgida espontaneamente.

Em relação à industrialização, desde a segunda metade do século XIX já se configurava no país uma estrutura econômica voltada para o setor industrial, principalmente no eixo Rio de Janeiro e São Paulo. Entretanto, essa estrutura era extremamente dependente do modelo agroexportador da economia, além de afetada por outros fatores, como a inexistência de fontes de energia, o baixo nível de qualificação e recrutamento de mão-de-obra local e a concorrência dos produtos industrializados estrangeiros. Apesar dos entraves mencionados, até o início do século XX, uma forte atividade industrial concentrada na fabricação de tecidos, calçados, mobiliário, bebidas etc. localizava-se no Centro do Rio.

Embora desde o começo do século XX a Região Campo Grande, até hoje zona de plantio, principalmente de coco, chuchu, aipim, batata doce e frutas, ainda fosse voltada para a plantação de laranjas, nessa época já se delineava a vocação industrial do lugar. Em continuidade, na história da industrialização da região Inhoaíba surgiram os distritos industriais em Campo Grande e Santa Cruz, a partir da década de 60, resultando na instalação de grandes empresas, como a siderúrgica Cosigua-Gerdau, a Michelin e a Vale-Sul²⁵, entre outras, e mais precisamente em Inhoaíba, o estaleiro Ishibrás.

Historicamente Campo Grande notabilizou-se por ter se desenvolvido de forma independente do resto da cidade, segundo informações obtidas no sítio eletrônico do próprio local denominado Antigo Campo Grande. Pode ser reconhecida como uma região mais populosa e com maior potencial de crescimento por algumas razões. Um motivo advém do fato de estar situada nos limites do município e, desde os primórdios da implantação da cidade do Rio de Janeiro, é constituída por estradas que perpassam as suas planícies. Apresenta também outros traços de caráter ecológico e turístico, os seus abundantes mananciais de água, as belas praias, a fertilidade de suas terras e, especialmente, atrai a chegada de pessoas com

²⁵ Indústria instalada na região de Campo Grande.

vocação empreendedora, migrantes de outros bairros região.

Na contemporaneidade ocorreram mudanças, no processo de crescimento industrial, que incidiram diretamente na Região de Inhoaíba com a chegada à Presidência da República do candidato do Partido dos Trabalhadores nos anos de 2000 que, de acordo com Boito (2010), para o movimento do capitalismo brasileiro gerou um grande crescimento econômico. Pode se considerar que este novo episódio da intervenção política dos trabalhadores propicia um novo impulso ao capitalismo no Brasil, devido às reformas trabalhistas e previdenciárias com a redução do Estado social. Essas mudanças também se manifestaram na região de Inhoaíba, em termos de certa industrialização, atraída pelo baixo custo da força de trabalho. Nesta mesma ordem de ideias, o passado recente da história política brasileira é resumido por Boito com estas palavras:

Estamos presenciando algo tão importante quanto o foi à quebra da prolongada hegemonia do grande capital cafeeiro. Porém, até para que os governos Lula da Silva e Dilma Rousseff pudessem de modo tímido e de ângulos reentrantes, superar a estagnação que predominou na década de 1990, até para isso revelou-se importante à intervenção do elemento popular em nossa história política. Foi um partido criado pelo movimento sindical e popular, o PT, que retomou a proposta da intervenção do Estado em prol do desenvolvimento do capitalismo brasileiro (BOITO, 2010, p.2).

No entanto, a cidade do Rio de Janeiro, na década de 90, teve a supremacia por oitos mandatos seguida do Partido Democrata (DEM), partido de Centro-direita, conservador e liberal. Sendo substituído pela Gestão do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), político centrista, por oito na gestão do Prefeito Eduardo Paes, com aliança direta com o PT. Tanto no período populista e desenvolvimentista quanto hoje constatamos a existência de uma frente política ampla, policlassista e, de certo modo instável, como base de sustentação da política de desenvolvimento e, embora o populismo e o nacionalismo não tenham a importância que tiveram no passado, também está presentes na frente política que se formou a grande burguesia interna, força dirigente da frente neodesenvolvimentista. Encontra-se distribuída por diversos setores da economia: mineração, construção pesada, a cúspide do agronegócio, a indústria de transformação e, em certa medida, os grandes bancos privados e estatais de capital predominantemente nacional.

O que unifica essas grandes empresas é a reivindicação de favorecimento e de proteção do Estado na concorrência que elas empreendem com o capital estrangeiro. Atendeu aos interesses de fração do grande capital interno pelo Estado brasileiro, os governos Lula da Silva e Dilma Rousseff, conforme aparece em alguns aspectos da política econômica²⁶. Um

²⁶ Cabe ressaltar que houve um pacto, já que a elite domina há séculos o país no sentido de ter quórum junto ao Congresso Nacional para conseguir efetuar melhorias como cotas para negros nas faculdades, Pro uni, FIES,

elemento fundamental da política econômica nos governos petistas foi à busca de superávits na balança comercial que favoreceu enormemente o agronegócio, a mineração e outros setores ligados à exportação de produtos agropecuários e de recursos naturais. A política de financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), a poderosa instituição financeira estatal que passou incólume pela onda de privatização da década de 90, passou a contar com um orçamento muitas vezes maior que aquele de que dispunha na referida década e passou a priorizar um reduzido número de grandes empresas predominantemente nacionais.

Os trabalhadores desempregados, subempregados, vivendo do trabalho precário ou “por conta própria” representam o ponto extremo da frente neodesenvolvimentista e têm com esta uma relação bem particular. A “massa marginal” reside principalmente na periferia dos grandes centros urbanos do país dentre os quais se destaca a região de Inhoaíba. Convém distinguir dois setores na massa marginal. Parte dessa massa está organizada em movimentos populares reivindicativos, os chamados “movimentos de urgência”, como os movimentos por moradia e os movimentos de desempregados. No entanto, a região de Inhoaíba não tem a formação desta massa marginal por direitos de moradia, o que se observa é uma política municipal de habitação, como assentamento fundado no critério de escolhas de políticos locais a até mesmo da milícia.

O movimento de desempregados é fraco no Brasil, quando comparado com os movimentos similares de países como a Argentina e a França (AMORIM, 2012; SOUZA; FIGUEIREDO, 2012). Na região de Inhoaíba nos dias atuais houve a organização dos movimentos que reivindicam a casa própria para seus participantes sem pensar ou refletir sobre a necessidade de lutar pela mudança do conjunto do modelo econômico vigente. Boito (2010) informa que vitórias dos movimentos na luta reivindicativa aparecem, no nível local, na conquista de imóveis e de terrenos urbanos por meio da ação direta e, no plano da política nacional, em medidas governamentais de política habitacional. O efeito mais importante dos movimentos de moradia residiu na alteração da política habitacional do Estado brasileiro.

No segundo mandato presidencial do governo Lula, foi criado o programa habitacional de grande amplitude denominado *Minha Casa, Minha Vida* que rompeu com a omissão da União nessa área, programa que continuou sendo implementada pelo governo Dilma (OLIVEIRA, 2010) e ensejou uma convergência de interesses entre os sem-teto e todo um ramo da construção civil, a qual não excluiu a luta em torno do modelo de casa, do modo de

dezoito universidades públicas foram criadas, pagamento da dívida junto ao FMI, retirada do país do mapa da fome, entrada no BRICS etc. Ações impensáveis no governo neoliberal predecessor de FHC.

financiamento e de outros pontos do programa (HIRATA; OLIVEIRA, 2012). As políticas de transferência de renda dos governos Lula da Silva e Dilma Rousseff teve como uma das prioridades o Programa Bolsa Família, destinado às famílias que se encontravam abaixo da linha de pobreza, em detrimento do Benefício de Prestação Continuada voltado para idosos e a pessoas com deficiência. Essa massa pauperizada não intervém de forma organizada na frente política neodesenvolvimentista. Na região de Inhoaíba tem-se um expressivo quantitativo dos beneficiários do Programa Bolsa Família, que não estão organizados em movimento reivindicatório.

4.2 ORGANIZAÇÃO URBANA DE INHOAÍBA

Inhoaíba em sua organização urbana, segundo a Geo Rio, foi intensificada a partir dos anos 70, quando surgiram grandes loteamentos, como o Vilar Carioca e o Vilar Guanabara. Parte desta área pertence ao Instituto Metodista Ana Gonzaga, proprietário de um grande terreno do lado oposto da ferrovia, ocupado na década de 90, pela comunidade chamada de Barbante e, atualmente, após o programa municipal *Favela-Bairro*, passou a ser Bairro Nova Cidade. Destaca-se no bairro o Instituto Metodista Ana Gonzaga, que atende crianças e jovens carentes.

Em relação à ferrovia que passa pela região, segundo o jornalista Flávio Loureiro no seu *blog*, com a implantação do ramal ferroviário de Mangaratiba, atual ramal de Santa Cruz, foi inaugurada, em 1912, a estação Engenheiro Trindade, depois chamada de Inhoaíba que consolidou o nome do bairro. À direita estendia-se a Vila Palmares, da Companhia Palmares, cujos terrenos estavam situados na área da Antiga Fazenda Campinho, cujas terras eram utilizadas para a lavoura do café e da laranja. Também passa pelo bairro o segundo maior ramal de trens da região metropolitana do Rio de Janeiro e é servido pelas estações de trem de Inhoaíba e Benjamin do Monte. Apesar de já citado anteriormente de que a situação da violência não seria apresentada, cabe ressaltar que a maioria destas comunidades sofre com a violência de grupos armados tanto do lado do tráfico como de grupos paramilitares da região conhecidos como milícias, fato que contribuiu para a criação de uma forte segregação no interior da região que engloba essas comunidades, mais especificamente em Campo Grande, está a se falar da favela do Barbante, da Vilar Carioca e outras comunidades.

No ano de 1993, o então prefeito Cesar Maia emancipou Inhoaíba como um bairro autônomo de Santa Cruz que tem por vizinhança os bairros de Cosmos, Guaratiba e Campo Grande. O bairro é cortado pela Avenida Cesário de Melo, uma importante via de transportes

urbanos que liga Santa Cruz a Campo Grande, inclusive com ciclovia no trajeto. Sendo constituída de grande beleza natural (paisagem exuberante, com rios, manguezais, mata, praias, restingas etc.) e com a presença de Unidades de Conservação, a exemplo do Parque Estadual da Pedra Branca e do Parque Municipal Gericinó-Mendanha, a zona oeste (região menos favorecida por planejamentos urbanos mais efetivos do município) deve ser utilizada de forma racional, procurando explorar, de maneira correta, suas potencialidades.

Contudo, no entorno, abrem-se baixadas com forte pressão antrópica e variadas condições sociais, muitas vezes contrastantes, alternando-se processos de favelização com loteamentos de alto luxo, como reflexo de urbanizações descontroladas. Complementando este quadro, a zona oeste apresenta significativo potencial agro-silvo-pastoril, traduzido pela presença de sítios transformados em floriculturas, criação de gado e cavalos de raça, aviários, apiculturas, entre outras atividades vinculadas ainda ao ambiente rural.

Paralelamente ao avanço da ocupação (função residencial), com expansão das atividades industriais e de serviços, muitas delas incompatíveis com a vocação real da região, que seria de polo agrícola, a zona oeste vem apresentando, também, potencial para outras atividades, dentre elas o turismo e lazer nas áreas de baixada e o ecoturismo, particularmente em suas Unidades de Conservação que possuem uma paisagem harmônica e muito favorável às atividades culturais, turísticas, de esporte e lazer. Apesar disso, vem sofrendo com processos de degradação e poluição por parte da ocupação descontrolada e sem planejamento.

Portanto, o turismo e suas várias modalidades já desenvolvidas e a serem implementadas de forma sustentável não devem trazer em seu bojo a (re) apropriação do espaço local, onde as valorizações urbanas e rurais sigam somente às normas da globalização, garantindo a sua reprodução. Apesar do acirramento das contradições socioespaciais como, por exemplo, a favelização e a segregação urbana são explícitas a necessidade de planejamento municipal e estadual, de distribuição igualitária e caracterização dos terrenos (atualmente vinculada a fortes interesses imobiliários, em especial em franca expansão nessa região) numa das maiores metrópoles do Brasil.

O turismo pode beneficiar, material e culturalmente, as comunidades pertencentes às Regiões Administrativas de Campo Grande e Guaratiba, e servem de fonte de renda por sua característica ambiental. Embora o desenvolvimento potencial das atividades turísticas seja considerável na região, suas prováveis consequências são identificadas nos impactos socioambientais provocados pela especulação imobiliária em andamento. Entretanto, o governo municipal tem atuado com cautela e pouco arrojo no sentido de gerar meios financeiros para dar sustentação à proteção das áreas de preservação ambiental, sem

beneficiar as populações do seu entorno, que acabam por não interagir com a conservação e com o uso público do local onde residem.

As potencialidades para turismo e lazer servem para propiciar a prática de novos relacionamentos do homem com a natureza. Contudo, os desmatamentos, as queimadas, as ocupações irregulares etc. ainda ocorrem nas áreas preservadas, onde o turismo pode servir de fonte de renda alternativa para a população local, associada de ações de conservação da área em questão, dentro de critérios de mínimo impacto. Diante do contexto apresentado pode ser uma ferramenta de proteção e conservação ambiental e cultural, além de importantes iniciativas de educação ambiental que promoverão as intervenções dos agentes ambientais.

As condições geoeconômicas urbanas de Inhoaíba encontram-se próximas da linha férrea e da rodoviária, locais de acesso principal dos moradores e dos que trabalham no comércio local. O bairro concentra uma enorme variedade de atividades ligadas ao setor terciário, que atende não só aos moradores da região, bem como várias localidades próximas. Entretanto, ocorrem baixas condições ambientais dos setores censitários, conjugando-se à falta de ocupação humana, o que acarreta um baixo IQU nesses locais. Também ocorreram notas muito baixas de IQU nas áreas próximas aos maciços do Gericinó-Mendanha e Pedra Branca, pois nestes locais a ocupação é rarefeita (grandes vazios urbanos), devido a suas condições de áreas protegidas. Os índices também refletem a falta de infraestrutura, pois existe uma concentração maior de loteamentos irregulares e favelas, que estão tomando as áreas anteriormente ocupadas por atividades agrícolas e promovendo um avanço da pressão antrópica próximas a essas Unidades de Conservação.

Segundo o índice de qualidade urbana IQU são atribuídas às notas um pouco mais (médio-alto e alto), isso se deve a uma maior renda e ao saneamento básicos trazidos pela presença de alguns distritos industriais, principalmente no bairro de Inhoaíba, tais como o polo da Ishibrás e a indústria da Brahma, além da presença de Shopping Center (West Shopping) no bairro de Campo Grande. Em 2016 foi inaugurado o hipermercado Costa Azul em Inhoaíba. Estes locais são mais bem servidos de saneamento básico e de vias principais de acesso (Av. Brasil e linha férrea), além de serviços públicos mais variados. No entanto, os serviços públicos e de infraestrutura, nas últimas décadas, não vem atendendo a população existente e acompanhando o acelerado processo de ocupação da Zona oeste. Existem ainda graves problemas: a maior parte do esgoto é jogada em valas e nos rios, facilitando as inundações na maioria dos locais habitados.

A partir do Plano Estratégico da Cidade do Rio de Janeiro têm-se algumas informações básicas:

A região de Campo Grande cobre uma área de 46.996 hectares onde residem 896.856 habitantes, segundo Censo 2000. Têm o território mais extenso e o maior contingente populacional entre as 12 regiões do Plano Estratégico que compõem o Município do Rio de Janeiro. Sua densidade bruta de 19,1 habitantes por hectare é uma das menores. É formada por 11 bairros: Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Paciência, Pedra de Guaratiba, Santa Cruz, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Sepetiba (**PLANO ESTRATÉGICO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO 2012-2016**).

O Plano Estratégico informa que 82% dos estabelecimentos do local são compostos de comércio e serviços, empregando aproximadamente 49 mil pessoas e representando a sexta arrecadação do município.

A Região está classificada como médio-alto desenvolvimento humano segundo o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH (0,766), e ocupa a última posição quando consideradas as 12 regiões do Plano Estratégico, o que faz dela a região de menor desenvolvimento humano da cidade.

Entre as dimensões que compõem o IDH, também apresenta os piores resultados em longevidade (IDH-L= 0,708) educação (IDH-E=0,900) e renda (IDH-R=0,690).

Os dados demográficos indicam que a região cresceu à acentuada taxa de 22%, na década de 1990, a segunda maior taxa de crescimento da cidade, superada somente Barra da Tijuca.

É a Região que tem o maior contingente populacional da cidade, tendo absorvido cerca de 200.000 novos residentes na década. O maior crescimento populacional ocorreu na segunda metade da década: 14%, ou 126.096 novos moradores.

Alguns bairros cresceram a taxas acentuadamente na década de 1990, como Guaratiba (43%), Inhoaíba (36%) e Paciência (33%). Cabe destacar que dois bairros perderam população entre 1996/2000: Barra de Guaratiba (-11%) e Senador Vasconcelos (- 2,5%) (**PLANO ESTRATÉGICO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO 2012-2016**).

A região considerada de Campo Grande pelo Plano Estratégico do município é bastante abrangente. O bairro de Inhoaíba e a comunidade dentro da região de Campo Grande, o bairro de Inhoaíba tem características de ocupação desordenada, com a criação de comunidades reconhecidas anteriormente como faveladas (Barbante e Vilar Carioca) eram as mais conhecidas, com pouca infraestrutura urbana e de serviços. Há poucos recursos para o lazer e espaços próprios para a convivência social, como praças, clubes sociais, por exemplo. A situação de precarização social de Inhoaíba pode ser observada a partir do Projeto de Lei de uma vereadora local, que institui a Semana de Inhoaíba, com as seguintes propostas:

(...) desenvolver programas de valorização, revitalização e de ação social com a participação da população local através de suas comunidades organizadas, entidades, associações.

(...) [Devendo ser promovido] organização e gestão de serviços sócio-sanitários e educativos; prestação de serviços de orientação psicossocial e vocacional; campanha de informação sobre a dependência química (**PLANO ESTRATÉGICO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO 2012-2016**).

Na Câmara Municipal do Rio de Janeiro a vereadora Lúcia Helena Pinto de Barros,

Lucinha apresentou o projeto de Lei nº. 2.094/2004, que institui a Semana de Inhoaíba, devendo ser comemorada na segunda semana do mês de setembro de cada ano.

A CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO Decreta:

Art. 1º Fica instituída a Semana de Inhoaíba nos termos do que dispõe esta Lei. Parágrafo único. A Semana de Inhoaíba integrará o Calendário de Eventos da Cidade devendo ser comemorada na segunda semana do mês de setembro de cada ano.

Art. 2º Para efeito do disposto nesta Lei fica o Poder Executivo autorizado a desenvolver programas de valorização, revitalização e de ação social com a participação da população local através de suas comunidades organizadas, entidades, associações e demais organizações que atuem ou tenham interesse em atuar na área **(Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro 11 de agosto de 2004)**.

4.3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA NA CAP 5.2

A participação social do trabalhador da saúde representa a reflexão sobre a estrutura²⁷ em que estão inseridos. Gramsci, em seus *Cadernos do Cárcere*, 1999 considera abstrata a distinção entre estrutura (as relações sociais de produção) e superestrutura (as ideias, os costumes, os comportamentos morais, a vontade humana). Este processo é bem expressivo no Serviço Social, profissão de intervenção nas relações sociais. Segundo o Conselho Federal do Serviço Social, CFESS, Serviço Social compreende uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, que se utiliza de instrumental científico multidisciplinar das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção nas diversas refrações da “questão social”. Isto é, no conjunto de desigualdades que se originam do antagonismo entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho. Os assistentes sociais se inserem nas mais diversas áreas: saúde, previdência, educação, habitação, lazer, assistência social, justiça etc. com o papel de planejar, gerenciar, administrar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais, além de atuar nas relações entre os seres humanos no cotidiano da vida social, por meio de uma ação global de cunho socioeducativo e de prestação de serviços.

Este capítulo pretende apresentar algumas considerações sobre o trabalho na saúde a partir das experiências cotidianas do Assistente Social no território de Inhoaíba. O percurso inicial, ora apresentado sobre este trabalhador da saúde, será o da Atenção Primária à Saúde (APS), no qual a maioria dos profissionais do Serviço Social está inserida, de forma precarizada quanto às condições de trabalho.

²⁷ A Estrutura é representada por um conceito de *bloco histórico*, que se refere à questão teórica central do marxismo: a relação entre estrutura e superestrutura, entre teoria e prática, entre forças materiais e ideologia. Gramsci rejeita toda visão determinista e mecanicista desta relação. Não existe uma estrutura que mova de modo unilateral o mundo superestrutural das ideias, não há uma simples conexão de causa e efeito, mas um conjunto de relações e reações recíprocas, que devem ser estudado em seu concreto desenvolvimento histórico.

Conforme já mencionado, em 2004 teve início a minha trajetória profissional na Saúde Pública como Assistente Social concursada da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, no CMS Mário Vítor base de apoio do PACS,²⁸ onde ocorreu a proximidade do Serviço Social com o Programa Saúde da Família, atualmente Estratégia Saúde da Família²⁹.

O PACS composto de uma enfermeira coordenadora e dez Agentes Comunitários da Saúde junto com o Serviço Social realizava um trabalho compartilhado por meio de visitas domiciliares, interconsultas e atividades de educação em saúde na região de Inhoaíba, bairro da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, constituído por uma população de aproximadamente 60.000 habitantes (IBGE, 2010).

Para o assistente social, as contradições histórico-sociais do trabalho não permitem conclusões apressadas ou definitivas sobre rupturas e novas formas de trabalho ou de relações sociais, pois, ao lado de novas condições e situações sociais de trabalho, velhas formas e modalidades se reproduzem e se reconfiguram, num claro processo de metamorfose social. No contexto brasileiro, esta metamorfose se apresenta por intermédio de diversos processos, como o da intervenção do Serviço Social na Saúde, precisamente na APS que, para estes segmentos, o norte foi a Reforma Sanitária.

O projeto de Reforma Sanitária que fundamentam um sistema de saúde nos princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Com a realização da adoção das diretrizes da Atenção Básica à Saúde (ABS) direcionada para a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Todavia na implantação do SUS real nos últimos dez anos é possível observar que diante do processo de privatização da saúde no Município do Rio de Janeiro o trabalhador da saúde tem realizado uma multidiversidade de tarefas e funções, pela escassez de recursos humanos e materiais, neste contexto o assistente social também sofre as refrações destes processos como servidor público, o trabalhador assalariado com vínculo precário com contrato com as OSs.

O processo de trabalho do Serviço Social no campo da saúde pública se deu através de um cenário de embates constantes. O Serviço Social no Brasil se desenvolve na fase de

²⁸ Oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde, em 1991, o então Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) de buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades.

²⁹ Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF consiste em uma estratégia de reorganização da atenção primária, sem previsão de término desta reorganização.

expansão da dinâmica capitalista, sob a influência da Igreja Católica e do pensamento conservador, com objetivo de dar resposta às expressões da questão social. Na década de 60, período denominado por Neto (2010) de Modernização Conservadora quando se processou a expansão do mercado de trabalho para o profissional de Serviço Social, principalmente no Instituto Nacional de Previdência Social, ao mesmo tempo em que se garante a formação universitária e o contato dos estudantes com o Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina³⁰. Todavia o processo de Renovação da Profissão o Brasil, que teve como marco o Método BH³¹, quando teve início um processo de renovação da profissão, caracterizado pela busca de ruptura com o conservadorismo. É importante destacar este processo histórico de Renovação do Serviço Social no Brasil que perdurou por três décadas, de 1960 a 1986, principalmente no aprimoramento da formação profissional. No entanto se desenvolve um processo hegemônico, sem garantir a superação do conservadorismo, neste contexto há diversos projetos em disputa presentes na contemporaneidade. Em alguns estudos é demonstrada uma forte tendência do retorno profissional ao militantismo ou messianismo.

O processo de Renovação do Serviço Social no Brasil, um processo interno na categoria profissional a partir de seus organismos representativos, a saber, a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss) e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) adiou a participação efetiva destes órgãos representativos no bojo do Movimento Sanitário no Brasil.

Na década de 90, a profissão alcança a maturidade teórica e acadêmica, sendo possível o debate sobre a ética profissional com vistas a romper com neotomismo e visão de perfectibilidade humana. Diante das análises críticas vinculadas a vertente de intenção de ruptura, que foi possível lançar os fundamentos para formulação de um projeto ético-político profissional, que tem como expressão a Lei nº. 8.662 de 7 de junho de 1993, a qual regulamenta a Profissão de Serviço Social no Brasil e Código de Ética de Profissional de 1993, como os seguintes princípios:

1. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
2. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;

³⁰ O Movimento de Reconceituação é o marco do Serviço Social que vem propor a ruptura das práticas tradicionais, é através deste movimento que surge um perfil profissional mais crítico, capaz de atuar nos desafios postos à profissão do Assistente Social.

³¹ A intenção de ruptura com o Serviço Social tradicional teve como marco principal a Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, responsável pela formulação do Método Belo Horizonte, mais conhecido como BH. É neste espaço que a perspectiva renovadora da profissão se destacou originalmente no Brasil.

3. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
4. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
5. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
6. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
7. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
8. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;
9. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
10. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
11. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

Pode-se observar que os princípios ético-políticos do Código de Ética do Profissional de Serviço Social coadunam com os principais princípios do projeto original da Reforma Sanitária Brasileira, particularmente, o princípio da defesa intransigente dos direitos humanos, pois a saúde é um direito humano e social. Portanto, é possível afirmar que o Serviço Social brasileiro na saúde se fortalece por intermédio de seu projeto ético-político em consonância com o projeto original da Reforma Sanitária. Vale esclarecer que o caminho percorrido historicamente por este segmento tem apresentado muitos desafios a serem superados e conquistados.

Segundo Bravo e Matos (2016), o percurso do serviço social na política de saúde pode ser dividido em três períodos. O que compreende de 1930 a 1979 representa a intervenção do Estado na saúde que teve início, com o surgimento do Estado Novo na década de 30. Estas alterações são determinadas pelo processo de industrialização, com a necessidade de responder às reivindicações dos trabalhadores mediante políticas sociais. Para Bravo (1991), o Serviço Social tem, no ano de 1945, o marco de sua expansão em atenção às exigências do desenvolvimento do capitalismo no Brasil, no pós-Segunda Guerra Mundial, caracterizado pela transformação no quadro de profissionais de saúde, reconhecido setor que absorveu mais assistentes sociais. Naquele período, a Organização Mundial de Saúde amplia o conceito de saúde (1948) com enfoque nos aspectos biopsicossociais, devido ao agravamento da saúde nos países periféricos, com a necessidade da ampliação da intervenção multidisciplinar. O assistente social tinha o papel de realizar a prática educativa, para disciplinar a “clientela”

com relação aos hábitos de saúde e higiene. Além disso, exerceu a função de mediador entre a instituição hospitalar e a população beneficiária vinculada à Previdência.

Com a consolidação da Política Nacional de Saúde, os benefícios passaram a ser custeados total ou parcialmente pelos próprios beneficiários, com a saúde sendo racionalizada a partir da lógica do mercado de taxação dos serviços. Isto atribuiu ao Serviço Social à necessidade da divisão na intervenção em caso, grupo e desenvolvimento de comunidade.³² Com a orientação para enfrentamento de forma ampliada dos problemas de saúde decorrentes do processo de urbanização e, desse modo, propiciar a reprodução do pensar capitalista.

A política de saúde era subdividida na época em Saúde Pública e Saúde Previdenciária. Bravo e Matos (2016) apresentam a predominância da Saúde Pública com destaque nas campanhas sanitárias, com ações nas áreas endêmicas rurais com criação de serviços de combate a endemias, até meados da década de 60. Por sua vez, a medicina previdenciária está relacionada à criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que substituíram as (CAPs) instituídas em 1923. Este processo comporta características reducionistas e focais para contenção do crescimento do contingente do assalariado urbano. As ações eram preventivas no meio rural a fim de evitar a propagação de doenças, e no meio urbano estavam atreladas ao trabalhador vinculado à previdência social.

A partir de 1964, em tempos de governo militar, a saúde incorpora também a característica da repressão, após a derrota das forças democráticas. Foi uma década que representou a privatização da saúde em atenção à política econômica, com ênfase na prática médica curativa, e com a ampliação da cobertura previdenciária, que demonstra a diferenciação do atendimento à clientela (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986). No pós-64 houve a transformação do Serviço Social, no cenário da perspectiva modernizante conservadora implantada no país, nesta fase ocorreu o posicionamento de fração de profissionais que questionava o conservadorismo da autocracia burguesa.

No entanto, em 1974, a política de saúde foi acirrada com a tensão entre os interesses estatais e empresariais, este cenário proporcionou o surgimento do movimento sanitário, com a retomada de algumas medidas de saúde pública. A década 80 representou a grande mobilização com o aumento da participação popular via os movimentos sociais, o movimento sanitário buscou robustecer o setor público em relação ao privado. Tem como marco histórico

³² A mobilização social e política da sociedade e a mobilização interna dos assistentes sociais põem em relevo a crise da profissão em meados dos anos 60: sua desqualificação no mundo científico-acadêmico, sua inadequação “metodológica” com divisão em serviço social de caso, serviço social de grupo e desenvolvimento de comunidade e a ausência de uma teorização articulada. Suas práticas mais significativas se faziam longe dos graves problemas sociais, sem consonância com as necessidades concretas do povo (FALEIROS, 2005, p. 26).

da época a 8ª Conferência Nacional de Saúde com a temática *Saúde como Direito de Cidadania*, a “reformulação do sistema nacional de saúde o financiamento setorial” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986). O documento elaborado nesta Conferência serviu de base para os defensores da Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal, a Constituição Cidadã. Para o Serviço Social, a conjuntura revelou-se propícia para a renovação tendo em vista uma construção de uma prática democrática da saúde pública, que influenciou na contemporaneidade a filosofia de uma saúde pública com repúdio à lógica mercadológica.

De acordo com Dutra (2016), a profissão de Serviço Social tem contribuído para reforçar o projeto da Reforma Sanitária com pesquisas, publicações, participação em fóruns deliberativos, análises e, ainda, com produções acadêmicas na área de saúde pública. Estava consolidado o espaço profissional na área da Seguridade Social. Nos últimos tempos, expandiu-se o exercício profissional do assistente social nos diversos conselhos, nas secretarias municipais e nos setores das políticas sociais (saúde, habitação, assistência social e educação), nas organizações sociais e nos movimentos sociais. A autora argumenta que o assistente social pode tornar-se um elo importante no processo de socialização das informações, no esclarecimento de procedimentos e na elaboração de propostas que contemplem o interesse da classe que vive de seu trabalho, a partir do desenvolvimento de atividades de cunho socioeducativo intensificando a participação popular na gestão e no controle das políticas sociais.

O caminho de oito décadas do Serviço Social brasileiro é caracterizado por meandros de disputas de direção política na intervenção profissional, na produção acadêmica e na organização social da categoria. É através destas três dimensões que será desenvolvida a análise de conteúdo das Atas dos anos de 2004 a 2014 do Serviço Social em Campo Grande, trabalhadoras da CAP 5.2. Neste percurso percebe-se a relevância do debate plural e democrático de ideias num movimento constante da realidade ao tomar um banho na realidade. Para Potyara Pereira (2016), dos oitenta anos do Serviço Social no Brasil há de se fazer um retrospecto da trajetória profissional ante a ofensiva burguesa e os movimentos realizados contracorrente aos ditames do sistema da barbárie capitalista. Boschetti (2016) também afirma que a crise cultural do capital se agudiza e as expressões da questão social se desvela a partir da cortina da barbárie cotidiana que massacra sem dó nem piedade a classe trabalhadora. Portanto, ficam mais expressivas as necessidades dos trabalhadores para o Serviço Social, resultado da redução de direitos e como decorrência o processo de pauperização que persiste.

As atas das reuniões do Serviço Social na CAP 5.2. Do período de 2004 a 2014 com as análises das atas de registros de reuniões são consideradas como fontes documentais primárias, pois foram extraídas do livro oficial de reuniões da equipe de Serviço Social. As reuniões ordinárias eram mensais, com uma pauta resumida construída nas primeiras meias hora, a redação era realizada por rodízio, já que a equipe do Serviço Social não dispunha de secretário. A equipe de assistentes sociais era composta por doze membros com vínculos públicos, com formação em Instituições de Ensino Superior Pública, seis assistentes sociais formadas pela UFRJ, três pela UERJ e três pela UFF. Cada uma destas atuava de forma individual nos Centros de Saúde, com exceção de duas que realizavam o trabalho em dupla no Centro Municipal de Saúde Belizário Pena. Todavia, realizavam atividades mensais na CAP 5.2 sob a supervisão da Interlocutora.

A interlocutora, a assistente social coordenava as ações do Serviço Social na Coordenadoria da Programática 5.2 que realiza a interlocução da Secretaria Municipal de Assistência Social com a Coordenação Distrital de Saúde, principalmente nos assuntos referentes ao Programa Bolsa Família. O que caracteriza uma assistencialização do serviço social na saúde. As reuniões eram espaços de discussões sobre a importância do exercício profissional que enfatiza o processo de saúde-doença, a dimensão socioeducativa na perspectiva da promoção da saúde e da participação social no controle social da região. As atas elaboradas nas reuniões são elementos formais de encontros promovidos por diversos segmentos sociais, com o objetivo de deliberar acerca de temas comuns ao Serviço Social na Saúde ou socialização de informações.

Em relação ao Serviço Social e a região de Inhoaíba foi possível verificar que as assistentes sociais traziam vários elementos da cultura política e educacional da região, marcada pelo alto grau de despolitização, refém dos vereadores, além de sofrerem com a violência do tráfico de droga. As Atas apresentam o cenário político e social com diversas transições do que aconteceu no Serviço Social na Política de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

No ano de 2004, a gestão do Secretário Municipal de Assistência Social Marcelo Garcia de 2004 a 2008, requeria do assistente social da saúde que exercesse o papel de vigilante da exclusão. Enquanto o Secretário Municipal de Saúde Jacob Kigermam implantou na região de Inhoaíba o Programa Saúde Família, que contava com uma equipe mínima, sem inserção do assistente social, o que traz para a equipe o desafio de repensar e propor seu exercício profissional na política de saúde coadunado com o projeto ético-político e a proposta de promoção da saúde.

Coube à categoria profissional interpretar as informações prestadas correlacionando-as com o Bairro de Inhoaíba. Com a ênfase no sistema de vigilância da exclusão social o assistente social da saúde processou-se a descontinuidade do exercício profissional nos Programas na Saúde Mental, Tabagismo, Saúde da Mulher e tantos outros em que o Serviço Social estava inserido na unidade numa perspectiva de educação e saúde.

As atas elaboradas no período entre 2004 a 2008 descrevem o aumento do quantitativo de assistentes sociais concursadas, de oito para doze profissionais de Serviço Social alocados na região de Campo Grande, considerada de difícil acesso e com número reduzido de profissionais. Os principais assuntos das atas reportam a necessidade de formulação e elaboração de projetos em saúde, a solicitação de educação continuada em virtude da necessidade de formação para os novos integrantes da equipe no conteúdo dos programas de saúde e estratégia de saúde da família, e o repasse das informações dos gestores do Simas.

Verifica-se na análise do presente documento, que o Serviço Social da CAP 5.2 buscou realizar mediações junto à expressão da questão social, sobretudo sua vinculação como trabalhador da saúde, que sofre também com condições de trabalho precárias um contingente expressivo em cada centro de saúde de usuários da saúde para atender, escutar, acolher, orientar e encaminhar e desenvolver atividades socioeducativas. Convém assinalar que os assistentes sociais, na política de saúde, faziam a interseção com a política de assistência social e os trabalhadores que podem ser vistos cada vez mais multifacetados, principalmente no que se refere à materialidade e à subjetividade destes em frequente transformação das políticas setoriais.

O material produzido em ata pelas assistentes sociais nessa década é constituído por diversas citações de situações individuais e coletivas que representam os usuários dos centros de saúde da região de Inhoaíba como uma população que sofre de extrema pobreza. Como já citado anteriormente. As atas descrevem as massas concentradas em área pobre, com ocupações irregulares, favela/comunidade, conjuntos habitacionais. Neste sentido, o Serviço Social da Saúde termina por acompanhar, orientar e formar grupos nas Unidades de Saúde ou nas Estratégias de Saúde da Família dos beneficiários dos programas assistenciais do governo federal. O Programa Bolsa Família tem condicionalidades na área da saúde. Esta atribuição foi dada ao assistente social na saúde, tal atribuição era discutida na equipe para que não fosse reduzida a atividade como os bolsistas, pois foi possível perceber nas atas as propostas de educação em saúde.

4.4 SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM INHOAÍBA

O caminho percorrido pelo Serviço Social se expressa através da organização da saúde como campo interessante para ultrapassar o mero alcance de metas em atenção à lógica mercadológica. Tem-se a perspectiva que as atribuições de todos os profissionais, do ponto de vista organizacional, sejam direcionadas para a participação do processo de territorialização, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória. Além de cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações. Associadas a estas, outras ações devem ser desenvolvidas, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita.

O acolhimento dos usuários deve assegurar uma escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de modo efetivo. Oportuno lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da Unidade de Saúde, bem como em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado (BRASIL, 2011). Profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, a par das atividades comuns a todos os profissionais envolvidos na ESF, cada um deles tem função específica, que não se basta em si mesma.

As necessidades sociais impostas à profissão se legitimam através dos aspectos legais e das condições éticas e técnicas, neste contexto a participação do Serviço Social na equipe multidisciplinar da estratégia de saúde se expressa através da materialização das expressões da questão social. Contudo, na contemporaneidade ocorrem as dificuldades de compreensão das particularidades do exercício deste profissional no diversificado campo da Saúde da Família. Nesta conjuntura, a presença do Assistente Social nas Equipes de Saúde da Família (ESF) pelas vias do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é crescente na realidade brasileira em face do agravamento da insegurança do trabalho nessa área, que se expressa na precarização do trabalho tanto do Assistente Social como de outros profissionais de saúde.

A atuação profissional com base no projeto ético-político e na legislação profissional vigente apresenta para o exercício profissional do Assistente Social, bem como as necessidades humanas que foram construídas historicamente para a profissão. A integração da estratégia às diferentes políticas apresenta a existência de mecanismos institucionais e de

gestão que garantem os meios para a sua efetivação. A integração dos saberes no campo de atuação das equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família também se expressa por meio do exercício dos profissionais da equipe de saúde que atuam na Saúde da Família. Estes sujeitos estão inseridos num campo comum de compartilhamento e da socialização de práticas que compõem a Atenção Primária e da Estratégia Saúde da Família.

Estes saberes são constituídos por acúmulo de conhecimentos teórico-práticos sobre saúde coletiva, em face da contemporaneidade das demandas apresentadas pela historicidade³³ dos trabalhadores coletivos envolvidos no projeto de Reforma Sanitária construído no Brasil nas últimas décadas, que sofrem com todo o processo de contrarreforma dos direitos sociais e coletivos a partir da crise estrutural do capital. Diante destes pressupostos podem-se indagar quais é as principais contribuições, tensões e contradições do exercício do assistente social ao ingressar em equipes da atenção primária em saúde, especificamente o NASF da Estratégia de Saúde da Família no território de Inhoaíba.

O exercício profissional de assistente social em uma área tão distante da cidade, com baixos investimentos públicos e serviços sociais, principalmente o serviço de saúde, sempre trouxeram a esta pesquisadora a necessidade de estudar a fim de aprimorar os projetos profissionais e o exercício profissional em equipes interdisciplinares. No contexto rural de Inhoaíba, que se iniciou com a avicultura carioca, conseguindo atingir hoje um grau elevado de desenvolvimento neste ramo.

No Rio da Prata, Mendanha e Guaratiba ainda se encontram estabelecimentos que se dedicam à agricultura e à pecuária. Dentre as culturas mais desenvolvidas estão: a banana, a laranja, a manga, o abacate, o aipim, o chuchu, dentre outras. Na pecuária e na avicultura destacam-se criações de aves, caprino, suínos, bovinos e coelhos. Em Guaratiba desenvolvem-se atividades pesqueiras, com um entreposto na Barra de Guaratiba e outro na Pedra de Guaratiba. A pesca é bem variada: camarão, siri, caranguejo, parati, garopa, tainha, robalo, pescada, corvina, sardinha, dentre outras.

A manifestação das contradições que determinam a construção do espaço que se produz relações sociais, como no caso do Bairro de Inhoaíba, como indica o geógrafo Milton Santos³⁴ (1992), a formação socioespacial precisa ser analisada para que se possam apreender as determinações econômicas, sociais e culturais no território, local onde a vida cotidiana se produz e reproduz. Como foi apresentada, a saúde dentre o ramo de serviço tem se destacado

³³ Entende-se aqui como a dinâmica humana de apreensão e transformação de valores, crença para a constituição da visão de mundo e intervenção na realidade.

³⁴ http://www2.fct.unesp.br/nera/atlas/espaco_territorio.htm

pela absorção de um crescente contingente de profissões com diversas peculiaridades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho questiona o preceito constitucional que define saúde como direito universal e dever do Estado quando procura comprovar em que medida as políticas sociais e econômicas correspondem a esse enunciado, promovendo à redução do risco de doença e de outros agravos e garantindo o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de previdência social e saúde.

O ponto central desse processo pode e deve ser situado na promulgação da Constituição Federal em 1988, introduzindo direitos que superavam um passado histórico de injustiças sociais relacionadas com o desatendimento das necessidades de saúde no país. A Carta Magna de 1988 representa, no plano jurídico, a “garantia” dos direitos sociais diante da crise e aos grandes índices de desigualdade social.

Observa-se na metade dos anos 90, com o avanço da ofensiva neoliberal, que a proposta da política de saúde estabelecida na década imediatamente anterior passa a ser desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil e responsabilizando esta para assumir os custos da crise. A política neoliberal consolida, portanto, um Projeto de Saúde voltado para o mercado.

O projeto de saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências à contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado.

A partir desse momento, a perspectiva neoliberal se impõe como fundamento ideológico no conjunto de reformas constitutivas dos ajustes estruturais, que em termos econômicos visa à estabilização da economia, combate da inflação, estabilidade monetária etc. e que é incompatível com o padrão da política social proposta na Constituição Federal promulgada em 1988. Com a Reforma do Estado que começa a ser implantada pelas classes dominantes nos anos 90, passa a existir uma redução nos direitos sociais, previstos na Carta Magna.

O sistema de saúde brasileiro passou por intensas transformações e por meio do Movimento de Reforma Sanitária instituiu o SUS, como um novo modelo de atenção à saúde, assegurando a Saúde como direito do cidadão e dever do Estado. A saúde passou a ser concebida como resultado das condições de vida, em atenção às determinações

socioeconômicas. A partir das transformações ocorridas no campo da Saúde e da profissão, a inserção do Serviço Social nessa área adquiriu um estatuto diferenciado com base nas diretrizes do SUS e o compromisso com o projeto político profissional.

Também se abordou a respeito dos determinantes sociais da saúde; saneamento básico, inclusão social, transporte, segurança, modelos de atenção à saúde, habitação, alimentação, lazer, emprego, educação, renda, rede de suporte social, distribuição de renda, ambiente de trabalho, justiça social/equidade, recursos sustentáveis e ecossistema saudável. Foi fundamental para as formulações que orientaram o movimento sanitário brasileiro desde suas origens na década de 70 a definição da determinação social da saúde. Com a comoção pela abertura política e, posteriormente, com a redemocratização do país, ocorreu na saúde um movimento expressivo que contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e com propostas governamentais apresentadas para o setor, fator que proporcionou um amplo debate.

Observa-se que a saúde passa a assumir a sua dimensão política vinculada à democracia. Os sujeitos do movimento que participaram no processo de democratização da saúde, em uma época de grandes embates contra a ditadura foram: os estudantes; os trabalhadores da saúde os professores universitários, pois estavam em defesa questões essenciais para a população, como a melhoria da situação de saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudos e Saúde. Naquele período, o movimento social foi marcante como mecanismo de difusão e ampliação do debate; os partidos políticos de oposição à ditadura civil-militar, os setores progressistas da Igreja Católica e os movimentos sociais urbanos.

A região estudada tem uma particularidade da instalação de uma das cinquenta clínicas da família. No ano de 2004 foram implantadas duas equipes de saúde da família e uma de saúde Bucal completas, inicialmente chamado Programa de Saúde da Família (PSF), abrangendo as comunidades Ana Gonzaga e Vila Esperança. Em 2010 integra-se à comunidade de Vilar Guanabara, expandindo o território, porém permanecendo com a mesma estrutura física. Na contemporaneidade atua com três equipes de saúde completas, cada qual responsável pela sua área de abrangência. Historicamente têm se caracterizado por apresentar aumento de cobertura vacinal, diminuição de mortalidade infantil, melhoria de saneamento básico, crescimento da população idosa.

A área da programática 5.2 é coberta por quarenta e duas unidades de saúde sendo seis unidades no bairro de Inhoaíba tanto na região norte como na sul. O bairro de Inhoaíba tem acentuada politização dos grupos constituídos, em organizações comunitárias a fim de

reivindicar e garantir os direitos, sob este olhar foi possível neste trabalho dissertativo reconhecer a construção do bairro Inhoaíba, que é determinado por processos históricos de acumulação e desacumulação do capital apresenta desafios constante aos profissionais de saúde da CAP 5.2, no qual figura de forma singular o assistente social, sendo ainda necessárias outras pesquisas sobre o processo de saúde-doença nessa região.

Por último, importa destacar que o caminho percorrido pelo Serviço Social se manifesta nos avanços e insuficiências da organização da saúde. Insuficiências que neste conturbado momento político tendem a piorar, devido ao predomínio da lógica mercadológica. O momento reclama, portanto, a maior firmeza e perseverança na defesa do projeto ético-político tão duramente construído pelos movimentos cívicos e profissionais comprometidos com um serviço social e de saúde universal irrenunciável para uma sociedade realmente civilizada.

O exercício o profissional de assistente social na nossa região, distante da cidade, continuamente subfinanciada, carente de equipamentos materiais e humanos, resulta particularmente difícil. Tudo isso exige desta pesquisadora, como de todos os colegas, um empenho redobrado de estudo **no** trabalho e **para** o trabalho. Eis a conclusão é o compromisso que assumo a colocar ponto final neste escrito.

REFERÊNCIAS

ABREU, Maria Helena Elpídio. **Território, Política Social e Serviço Social: Caminhos e Armadilhas no Contexto do Social-Liberalismo**. Campinas: Papel Social, 2016.

AMORIM, Elaine R. A. “**Particularidades dos movimentos de desempregados no Brasil, na França e na Argentina**”. In: BOITO Jr., Armando e GALVÃO, Andréia (orgs.). **Política e classes sociais no Brasil dos anos 2000**. São Paulo: Alameda Editorial, 2012.

ANDERSON, Perry. **Balanço do Neoliberalismo**. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. Campinas, SP: Cortez, 1998.

_____. **Os Sentidos do Trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

BASUALDO, Eduardo M.; ARCEO, Enrique. Título. CLACSO, Consejo Latino americano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. Agosto 2006. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>> Acesso em: 25 ago. 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BOBBIO, Norberto. **Liberalismo e Democracia**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998.

BOITO, Armando Junior, **A crise política do neodesenvolvimentismo e a instabilidade da democracia**. São Paulo, IFCH UNICAMP, 2010.

BRASIL. **Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)**. Disponível em: <<http://www.xxxxxx>> Acesso em: data. Maio 2017

BRASIL. **Constituição da República**. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://xxxxxx>> Acesso em: 29 nov. 2005.

BRASIL, **Política Nacional de Saúde**, 2008.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://xxxxxx>> Acesso em: 29 mar. 2016.

BRASIL. **Portaria nº. 648**, de 29 de março de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://xxxxxx>> Acesso em: 4 set. 2006.

BRASIL, **Política Nacional de Atenção Básica**, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. **O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e a Frente Contra as Organizações Sociais ano**. Disponível em: <<http://pelasaude.blogspot.com.br/p/o-forum-de-saude-do-rio-de-janeiro.html>> Acesso em: data. Maio de 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATTOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

_____. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria; GAMA, Andréa de Souza; Monnerat, Gisele. Título. Cidade: editora, ano 2010.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Gestão do Setor Público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (Org.). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001a.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter Kevin (Org.). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001b.

CAMPOS, Oswaldo. O Estudo da Demanda e das Necessidades e sua Importância para o Planejamento de Saúde. **Rev. Saúde públ.**, v. 3, n. 1, p. 79-81, jun. 1969. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v3n1/10.pdf>> Acesso em: data. Maio 2017

COSTA, Maria Dalva Horacio. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, p. x-x, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a corrente**: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

DICIONÁRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE, 2009.

CABRAL, Maria do Socorro Reis. **As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: previdência social**. Curso de especialização à distância em Serviço Social. Brasília: UNB, 2004.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

DAIN, Sulamis; SOARES, Laura Tavares. Reforma do Estado e políticas públicas: relações intergovernamentais e descentralização desde 1988. In: OLIVEIRA, Marco. **Título**. Cidade: editora, ano.

DUTRA, V. C. A. **Controle social e participação na gestão da saúde**: a experiência do município do Rio de Janeiro. Coleção Universidade. Rio de Janeiro: Editora Gramma, 2016.

DRUCK, Graça. **Trabalho, Precarização e Resistências: novos e velhos desafios**. CADERNO CRH, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

FERNANDES, Florestan. **A Revolução Burguesa no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FRÓES, José Nazareth de Souza; GELABERT, Odaléa Ranauro Enseñat. **Rumo ao Campo Grande: por trilhas e caminhos**. Rio de Janeiro: Brunner, 2004.

HARVEY, David. **Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 6 ed. São Paulo: Loyola, 2004.

HIRATA, Francini e OLIVEIRA, Nathalia C. **“Os movimentos dos sem-teto de São Paulo no contexto neoliberal”**. In: BOITO Jr., Armando e GALVÃO, Andréia (orgs.). *Política e classes sociais no Brasil dos anos 2000*. São Paulo: Alameda Editorial, 2012.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade**. São Paulo: Cortez 1998.

_____. **Serviço social em tempo de capital fetiche**. Capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Os Espaços Sócio-ocupacionais do Assistente Social. In: CFESS, ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CEAD/UnB, 2009.

IUNES, Roberto F. **Demanda e Demanda em Saúde**. Disponível em: <<http://desafios2.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/CAP4.pdf>> Acesso em: data. Maio de 2017

JAMES, Estelle. Novos sistemas previdenciários: experiências, evidências e questões pendentes. In: **A Economia Política da Reforma da Previdência**. Brasília: Parsep/MPAS/SPS, 2001.

LAVINAS, XXXX (Orgs.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza, Navarro, Vera Lúcia (Org.). *O avesso do trabalho III Saúde do Trabalhador e questões Contemporâneas*. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

OPAS/OMS, 1978 Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html> Acesso em: data. Maio de 2017

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2007.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **As Possibilidades da Política: ideias para a reforma democrática do Estado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**.

São Paulo: Cortez, 2002.

POCHMANN, M. “**As políticas de geração de emprego e renda: experiências internacionais recentes**”, em Oliveira, Marco Antônio de (ed.), Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil, Campinas, IE/Unicamp. 1998

RODRIGUES, Mavi Pacheco. Assistencialização da seguridade e do Serviço Social: notas críticas de um retrocesso. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 91, p. x-x, 2007.

SANTANA, Marco Aurélio; RAMALHO, José Ricardo. **Além da fábrica: trabalhadores, sindicatos e a nova questão social**. São Paulo: Boitempo, 2003.

VASCONCELOS, Ana Maria de. A/O Assistente Social na Luta de Classes: Projeto Profissional e Mediações Teórico-Práticas. São Paulo: Cortez. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/7715013-A-o-assistente-social-na-luta-de-classes.html>> Acesso em: data. Abril 2017

VÁZQUEZ, Adolfo S. Ética e Política. In: BORON, Atílio A. (Org.). **Filosofia Política Contemporânea: controvérsias sobre civilização, império e cidadania**. São Paulo, CLACSO, 2006.

SANTA ROSA, Virgínio. **O sentido do tenentismo**. 3a ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1976.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e justiça. A política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

Agência Fiocruz. 2009. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promoção-de-saúde-e-determinantes-sociais>>. Acesso em: maio 2016.

Censo. 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: data. Maio 2017

Notícias do Legislativo. 2004 Disponível em: http://www.camara.rj.gov.br/spldocs/pl/2004/pl2094_2004_004610.pdf> Acesso em: data. Maio 2017

FEUC, 2007. Disponível em: <<http://www.site.feuc.br/khora/index.php/vol/article/view/82/72>> Acesso em: data Maio 2017.

BVSM, 2016 Disponível em: <<http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes2000>>. Acesso em: maio 2016.

CONSULTORIA, 2004 Disponível em: <http://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros_BA/Documentos%20para%20Consulta/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia> Acesso em: jul. 2017.