



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

ISABELLE PINTO MENDONÇA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE EM SERGIPE (2015 A 2019)**

São Cristóvão – SE
2020

ISABELLE PINTO MENDONÇA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
EM SERGIPE (2015 A 2019)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Vânia Carvalho Santos

**São Cristóvão – SE
2020**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

M539t Mendonça, Isabelle Pinto
O trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe (2015 a 2019) / Isabelle Pinto Mendonça ; orientadora Vânia Carvalho Santos. – São Cristóvão, SE, 2020.
204 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2020.

1. Serviço social. 2. Assistentes sociais - Sergipe. 3. Saúde pública. 4. Trabalho. 5. SIAB (Sistema de recuperação da informação). I. Santos, Vânia Carvalho, orient. II. Título.

CDU 364.4:614(813.7)

ISABELLE PINTO MENDONÇA

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
EM SERGIPE (2015 A 2019)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

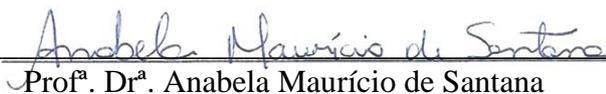
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Vânia Carvalho Santos

Aprovado em: 27/10/2020

BANCA DE DEFESA



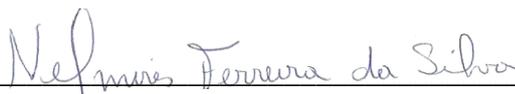
Prof^ª. Dr^ª. Vânia Carvalho Santos
Orientadora - Presidente (Universidade Federal de Sergipe – UFS)



Prof^ª. Dr^ª. Anabela Maurício de Santana
Examinadora Externa (Centro Universitário INTA – UNINTA)



Prof^ª. Dr^ª. Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves
Examinadora Interna (Universidade Federal de Sergipe – UFS)



Prof^ª. Dr^ª. Nelmiere Ferreira da Silva
Examinadora Interna - Suplente (Universidade Federal de Sergipe – UFS)

**São Cristóvão – SE
2020**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte de toda Sabedoria, por ter me concedido a oportunidade de cursar o mestrado em Serviço Social na Universidade Federal de Sergipe (UFS).

A minha Mãe, Maria da Glória, pelo amor incondicional, por acreditar nos meus sonhos e incentivar o meu progresso. Sou imensamente grata por todo apoio, presença, atenção e pelas orações constantes.

Ao meu irmão João Vítor, pelo incentivo, amizade, torcida e orações.

A minha orientadora de mestrado, Prof^a. Dr^a. Vânia Carvalho Santos, pelas contribuições e parcerias acadêmicas nas publicações, apresentações de artigos e participações em eventos científicos.

A banca de mestrado: Prof^a. Dr^a. Anabela Maurício de Santana; Prof^a. Dr^a. Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves; Prof^a. Dr^a. Nelmires Ferreira da Silva; e Prof^a. Dr^a. Vânia Carvalho Santos, pelas contribuições ao texto da qualificação, que possibilitaram o amadurecimento deste estudo. Também agradeço pela disponibilidade em integrar a banca de defesa.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe (PROSS/UFS), pelos conhecimentos transmitidos. E a equipe da secretaria e coordenação pelo trabalho diligente.

Aos colegas de curso de mestrado pelos debates acadêmicos durante as disciplinas.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos.

RESUMO

No Brasil a saúde é um direito garantido pelo Estado e assegurado pela Constituição Federal de 1988 através do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado pela Lei 8.080/1990. Historicamente a década de 1990 foi marcada também pela entrada do neoliberalismo no país, fato que trouxe impactos para a área da saúde, resultando numa recessão dos direitos adquiridos pela sociedade. Paralelamente a esses acontecimentos a globalização ganhou destaque no cenário mundial, integrando os diferentes países através de uma rede de sistemas de tecnologia e comunicação. No âmbito nacional, os reflexos da globalização foram sentidos nos variados setores e políticas. Isso foi o que ocorreu com a saúde pública que adotou o uso das tecnologias para a operacionalização da gestão descentralizada dos seus serviços. Atualmente o Ministério da Saúde está executando as denominadas: “Estratégias de Saúde Digital”, com o objetivo de implementar e aprimorar a gestão dos atendimentos na área. O Governo Federal vem investindo no sistema de informação em saúde, voltando-se especialmente para a Política Nacional de Atenção Básica, pois esse nível de atenção se configura como a “porta principal” de acesso dos cidadãos a rede de cuidados integrados do país. Nesse sentido, visa qualificar a Política de Saúde através do trabalho desde a base do SUS, utilizando para tanto as tecnologias de informação e comunicação (TIC). Na atenção primária a saúde, os sistemas do SISAB e do SIA/SUS são responsáveis também por comunicar sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais. Diante dessa constatação, esse estudo objetivou: analisar sobre o trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe no período de 2015 a 2019. Para percorrer esse caminho, a metodologia adotada foi de uma pesquisa de caráter descritivo, empírico, exploratório, com abordagem quali-quantitativa, através do método do materialismo histórico-dialético. Quanto aos resultados, foram utilizadas sete variáveis de análise que comunicaram sobre o trabalho do assistente social, estando entre os principais resultados: a região de saúde de Aracaju que apresentou os maiores índices (94%) de registros de atuação desse profissional; a educação em saúde (90%) que foi a resposta predominante no eixo da forma de organização do trabalho; o espaço da UBS (86%) que se destacou quanto ao local de atendimento e, dentre os procedimentos de trabalho, as ações de promoção e prevenção em saúde foram as mais constantes (90%). Esta pesquisa cumpriu os objetivos propostos, destacando o potencial dos sistemas de informação em saúde, em especial, do SISAB e do SIA/SUS, para comunicar sobre o trabalho do assistente social de forma conectada com a realidade, refletindo com clareza sobre a atuação desse profissional no nível da atenção básica em saúde. Ante o exposto, concluiu-se que os sistemas de informação em saúde são importantes ferramentas de gestão e controle social, com capacidade de captar sobre a produção do trabalho do assistente social e, disponibilizar para toda a sociedade como dado oficial do Estado brasileiro, contribuindo assim para a construção da imagem social da profissão.

Palavras-chave: Política Nacional de Atenção Básica. Sistema de Informação em Saúde. Trabalho do Assistente Social.

ABSTRACT

In Brazil, health is a right guaranteed by the State and guaranteed by the Federal Constitution of 1988 through the Unified Health System (SUS), which was regulated by Law 8.080 / 1990. Historically, the 1990s were also marked by the entry of neoliberalism in the country, a fact that brought impacts to the health area, resulting in a recession of the rights acquired by society. Parallel to these events, globalization has gained prominence on the world stage, integrating different countries through a network of technology and communication systems. At the national level, the effects of globalization were felt in various sectors and policies. This was the case with public health, which adopted the use of technologies to implement the decentralized management of its services. Currently, the Ministry of Health is executing the so-called: "Digital Health Strategies", with the objective of implementing and improving the management of care in the area. The Federal Government has been investing in health information systems, focusing especially on the National Primary Care Policy, as this level of care is configured as the "main door" for citizens to access the country's integrated care network. In this sense, it aims to qualify the Health Policy through work from the base of SUS, using information and communication technologies (TIC). In primary health care, the SISAB and SIA / SUS systems are also responsible for communicating about the work process developed by professionals. In view of this observation, this study aimed to: analyze the work of social workers in primary health care in Sergipe from 2015 to 2019. To follow this path, the methodology adopted was a descriptive, empirical, exploratory study, with a qualitative-quantitative approach, through the historical-dialectical materialism method. As for the results, seven analysis variables were used that communicated about the work of the social worker, being among the main results: the health region of Aracaju, which had the highest rates (94%) of records of this professional's performance; health education (90%), which was the predominant response in the form of work organization; the UBS space (86%) that stood out as to the service location and, among the work procedures, health promotion and prevention actions were the most constant (90%). This research fulfilled the proposed objectives, highlighting the potential of health information systems, especially SISAB and SIA / SUS, to communicate about the work of the social worker in a way connected with reality, clearly reflecting on the performance of this level of primary health care. In view of the above, it was concluded that health information systems are important management and social control tools, with the capacity to capture the production of social worker work and make available to the whole society as an official data of the Brazilian State, contributing thus for the construction of the social image of the profession.

Keywords: Nacional Primary Care Policy. Health Information System. Social Worker Work.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Cobertura da Atenção Básica nas Regiões de Saúde em Sergipe	122
Gráfico 2: População Atendida pelas Regiões de Saúde	123
Gráfico 3: Equipes da APS por Regiões de Saúde em Sergipe (2019)	124
Gráfico 4: População Residente segundo Censo do IBGE (2010)	124
Gráfico 5: Estabelecimentos da Atenção Básica por Região de Saúde (2019)	125
Gráfico 6: Total da Produção de Trabalho segundo Complexidade.....	133
Gráfico 7: Índice Absoluto da Produção de Trabalho segundo Complexidade	134
Gráfico 8: Comparativo do Total de Assistentes Sociais: CRESS/SE, CFESS e, APS em Sergipe (2019-2020)	139
Gráfico 9: Regiões de Saúde com Maiores Índices de Atendimento do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe (2015 a 2019)	141
Gráfico 10: Tipo de Equipe de Trabalho por Região de Saúde de Sergipe (2015 a 2019)	142
Gráfico 11: Atendimentos por Ano segundo Região de Saúde	143
Gráfico 12: Natureza Jurídica dos Estabelecimentos de Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe	144
Gráfico 13: Trabalho do Assistente Social na APS por Nível da Administração Pública	145
Gráfico 14: Eixos da Forma de Organização do Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe.....	146
Gráfico 15: Temas sobre Educação em Saúde no Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe.....	147
Gráfico 16: Público Atendido pelo Assistente Social na APS em Sergipe (2015 a 2019).....	149
Gráfico 17: Faixa Etária dos Usuários Atendidos por Assistentes Sociais na APS em Sergipe (2015 a 2019).....	151
Gráfico 18: Tipos de Atendimentos do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe	151
Gráfico 19: Principais Demandas para o Atendimento do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe	152
Gráfico 20: Local de Atendimento (2015-2019).....	154

Gráfico 21: Grupo de procedimentos do trabalho do assistente social/APS em Sergipe	156
Gráfico 22: Tipo de Procedimentos de Trabalho do Assistente Social na APS em Sergipe (2015-2019)	158
Gráfico 23: Tipificação do Trabalho Assistente Social na APS em Sergipe, segundo BPA (2015-2019)	159

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Regiões de Saúde em Sergipe	121
Tabela 1: Quantidade de Assistentes Sociais que Trabalharam na Atenção Básica a Saúde no estado de Sergipe segundo Municípios (2019).....	137
Tabela 2: Tipo de Equipe que os Assistentes Sociais Trabalharam na Atenção Básica a Saúde no estado de Sergipe segundo Municípios, em 2019	162

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACE - Agente de Combate a Endemias

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADAPS - Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais

APS - Atenção Primária a Saúde

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

BPA-C - Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado

BPA-I - Boletim de Produção Ambulatorial Individual

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CDS-AB - Coleta de Dados Simplificado

CEBES - Centro Brasileiro em Estudos da Saúde

CEME - Central de Medicamentos

CF/88 - Constituição Federal de 1988

CGU - Controladoria Geral da União

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conferencia Nacional de Saúde

CNTI - Confederação Nacional dos Trabalhadores da Indústria

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DATAPREV- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DAB - Departamento de Atenção Básica

DESF - Departamento de Saúde da Família

eAB - Equipe da Atenção Básica

EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
e-Saúde - estratégia digital de Saúde
Eq.CR - Equipe Consultório de Rua
eSB - Equipe de Saúde Bucal
e-Gestor/AB - Plataforma de Gestão da Informação da Atenção Básica
e-Gov - Governo Eletrônico Brasileiro
ESD - estratégias de saúde digital
ESF- Estratégia Saúde da Família
eSF - equipe de Saúde da família
e-SIC - Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão
e-SUS/AB - estratégia digital de Saúde para Atenção Básica
EUA - Estados Unidos da América
FUNABEM- Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor
FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IAPM - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPAS - Instituto Nacional de Administração da Previdência Social
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESB - Instituto Superior de Estudos Brasileiros
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica
IPASE - Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
LITRAUMA- Liga Acadêmica do Trauma
LOS - Lei Orgânica da Saúde
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MOPS - Movimento Popular de Saúde
MRS - Movimento da Reforma Sanitária
MRSB - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF/AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB/SUS - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAB - FIXO - Piso de Atenção Básica Fixo

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão

PET-SAÚDE - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PNIS - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

PREVSAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SES/SE - Secretaria do Estado da Saúde de Sergipe

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIH-SU - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SINPAS - Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TABNET - Tabulador para internet

TABWIN - Tabulador para Windows

TIC - Tecnologia de Informação e Comunicação

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundos das Nações Unidas para a Infância

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1: POLÍTICA SOCIAL.....	26
1.1 Política Social no Mundo.....	26
1.2 Política Social no Brasil.....	42
CAPÍTULO 2: POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	58
2.1 A Política de Saúde Brasileira	58
2.2 Do Movimento da Reforma Sanitária a Construção do SUS.....	69
2.3 Os Impactos do Neoliberalismo na Política de Saúde Brasileira.....	77
CAPÍTULO 3: SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA	89
3.1 A Política Nacional de Atenção Básica em Saúde.....	89
3.2 Sistemas de Informação em Saúde e os Bancos de Dados sobre o Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica	102
3.2.1 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).....	114
3.2.2 Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).....	117
CAPÍTULO 4: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE EM SERGIPE (2015 A 2019).....	120
4.1 O Campo da Atenção Básica em Saúde em Sergipe	120
4.2 Percurso para Obtenção dos Resultados nos Bancos de Dados.....	127
4.2.1 Plataforma DATASUS.....	128
4.2.2 Plataforma E-GESTOR/AB	130
4.3 Resultados e Discussões	132
4.3.1 O Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe ...	133
4.3.1.1 Complexidade.....	133
4.3.1.2 Regiões de Saúde.....	141
4.3.1.3 Natureza Jurídica	144
4.3.1.4 Forma de Organização.....	146
4.3.1.5 Atendimentos aos Usuários	149
4.3.1.6 Procedimentos	155
4.3.1.7 Trabalho em Equipe.....	158

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	168
REFERÊNCIAS	179
ANEXOS	200
ANEXO A – PLATAFORMA DATASUS.....	201
ANEXO B – SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL DO SUS	202
ANEXO C – PLATAFORMA E-GESTOR/AB	203
ANEXO D – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA (SISAB).....	204

INTRODUÇÃO

A história da política de saúde foi marcada por transformações pelas quais passou o capitalismo desde o seu surgimento até a atualidade, fato que vem determinando diretamente a forma como se estrutura a sociedade, pois à medida que o homem passou a ser cada vez mais o centro das realizações do capital, a política de saúde tornou-se essencial, já que o processo de exploração do homem por parte do capitalismo cresceu intensamente. Essas modificações ocorridas com o desenvolvimento do sistema capitalista ocasionaram mudanças também nas demais esferas da sociedade, quais sejam, a esfera política, social, cultura e financeira.

No Brasil, a saúde como um direito garantido pelo Estado está amparada pela Constituição Federal de 1988. O seu reconhecimento enquanto direito foi resultante de constantes lutas ao longo da história que fizeram com que a saúde fosse reconhecida como uma política social essencial à manutenção da vida, sendo garantida a todo cidadão. O processo de redemocratização brasileiro resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual implementou o tripé da seguridade social: saúde, assistência social e previdência social. Assim, a Constituição Federal de 1988 descentralizou as funções que durante o período do regime ditatorial estiveram centradas no Estado.

A análise em torno do trabalho do assistente social na política de saúde requisitou considerar o legado histórico e a realidade contraditória do sistema capitalista que faz do Serviço Social uma profissão inscrita na divisão social e técnica de trabalho, com fundamento no surgimento do capitalismo monopolista e no conseqüente enfrentamento da luta entre as classes: burguesia e proletariado, fato que ocasionou o florescimento de expressões da questão social, resultando no aparecimento da referida profissão para intervir na produção e reprodução da vida em sociedade, através do desempenho de ações de trabalho de natureza coletiva e social. Nesse sentido, o trabalho do assistente social na política da saúde é resultado de uma apropriação crítica dos determinantes sociais como forma de fortalecimento da ação profissional nessa área.

A relação do Serviço Social com a política de saúde amplia o conceito de saúde, permitindo também, para além do processo crítico que a ação profissional promova a ações preventivas e de promoção de qualidade de vida.

O interesse por pesquisar este assunto decorreu das inquietações da pesquisadora, durante o curso de graduação em Serviço Social, devido à participação em dois projetos de extensão universitária na área da saúde: o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

(PET-Saúde) com realização do estágio na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Marx de Carvalho, também na Liga Acadêmica do Trauma (LITRAUMA/UFS), com estágio no ambulatório no Hospital Universitário de Sergipe. Com relação à escolha de pesquisar esse tema nos bancos de dados do SISAB e do SIA/SUS, a motivação decorreu de outras participações da discente, também durante o percurso da graduação, como aluna em dois projetos de pesquisas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), sendo que o primeiro PIBIC foi desenvolvido com foco em banco de dados de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o outro PIBIC foi desenvolvido com foco no banco de publicações de periódicos online do Serviço Social. Esses fatores possibilitaram a discente vivenciar o ensino, a pesquisa e a extensão na Universidade Federal de Sergipe (UFS), conhecendo a atuação do Serviço Social na área da saúde, percebendo também os rebatimentos do contexto neoliberal e a precarização no exercício profissional do assistente social, bem como os bancos de dados e os sistemas de informação sobre o trabalho em saúde.

Este estudo foi instigado por uma contradição: apesar da tecnologia dos sistemas de informação amparar e permitir o funcionamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, este sofre cotidianamente com os impactos do ataque neoliberal e com o desmonte da política de saúde, os quais estão expressos nas precarizações das condições de trabalho e serviços prestados. Esses desmontes interferem no registro das informações em saúde, uma vez que os dados do sistema estão relacionados à estrutura, aos procedimentos, aos equipamentos, aos serviços e aos trabalhadores da saúde. Diante disso, formulou-se o seguinte problema: Como o trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe está sendo caracterizado nos bancos de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)?

Foram adotadas as seguintes questões norteadoras: 1) Os dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) são capazes de caracterizar o trabalho do assistente social na atenção básica à saúde segundo o que prever os parâmetros legais da profissão e a Política Nacional de Atenção Básica à saúde (PNAB), contribuindo para a construção da imagem social da profissão? 2) O SISAB e o SIA/SUS divulgam dados que não conseguem caracterizar a realidade do trabalho do assistente social na atenção básica em saúde, pois limitam-se a contabilizar o número de atendimentos e procedimentos de trabalho realizados para cumprir uma lógica de controle financeiro e contábil, seguindo a perspectiva neoliberal

do sistema capitalista, sem estabelecerem relações de significância que contribuam com a melhoria da realidade?

Nesse sentido, foi importante manter o foco dessa pesquisa com o recorte: como o trabalho do assistente social, na atenção básica à saúde, está sendo caracterizado pelos sistemas de informação: SISAB e SIA/ SUS, nas principais plataformas digitais do SUS?

A pesquisa teve como objetivo geral: analisar sobre o trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe no período de 2015 a 2019. Como objetivos específicos: I) Identificar a produção cadastrada nos bancos de dados do SISAB e do SIA/SUS nessa série histórica. II) Descrever os procedimentos e indicadores da produção existente nos referidos bancos de dados. III) Discutir sobre os procedimentos do trabalho do assistente social da atenção básica em saúde em Sergipe, conforme a produção cadastrada nos bancos de dados do SISAB e SIA/SUS.

O estudo foi justificado devido a sua relevância social e acadêmica, uma vez que a análise sobre o trabalho do assistente social na atenção básica em saúde, a partir dos dados dos relatórios de produção contidos no SISAB e SIA/SUS, dizem respeito à sociedade, visto que contribuiu para comunicar a respeito da transformação digital do SUS que é um novo momento que o sistema de saúde vivencia no Brasil, conforme a proposta da Estratégia de Saúde Digital (ESD). E, além disso, deu visibilidade aos registros sobre o processo de trabalho do assistente social nesse contexto, bem como, sobre o potencial dos bancos de dados dos sistemas de informação para caracterizar a atenção básica em saúde. Outrossim, apresentou contribuições para o Serviço Social, no sentido de fortalecer a imagem social da profissão, à medida que refletiu sobre um tema atual e que é inerente a formação teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política da área, fato que foi realizado em conformidade com a proposta da linha de pesquisa deste estudo, perpassando também por temas correlatos, tais como: política social, movimento social, trabalho do assistente social, realidade sócio-histórica e exercício profissional.

Os procedimentos metodológicos foram organizados considerando o tipo de pesquisa, a fonte dos dados, a classificação dos procedimentos, a natureza e abordagem, o universo, o marco temporal, a delimitação do local da pesquisa, o método para coleta de dados, o método de análise, a interpretação dos dados coletados e os resultados.

A pesquisa foi do tipo exploratória, por considerar que é a espécie de pesquisa que retrata melhor o objeto trabalhado. Tomou-se por base o entendimento de Gil (2010, p. 27), de que as pesquisas exploratórias “são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão

geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”. A opção por esse tipo de pesquisa teve como propósito aprofundar os conhecimentos sobre as bases de dados do SISAB e do SIA/SUS, por serem áreas de estudo ainda pouco exploradas pelo Serviço Social. De acordo com Triviños (1987, p. 109), “os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema”.

Caracterizou-se também como descritiva, pois, de acordo com Gil (2008, p. 28), “as pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.” Através da pesquisa descritiva foi possível analisar os dados coletados nas bases de dados do SISAB e do SIA/SUS sobre o trabalho do assistente social na área da saúde em Sergipe no período compreendido entre 2015 a 2019.

Escolheu-se analisar o tema nos referidos bancos de dados contidos em bases digitais, por estes serem referências enquanto sistemas de informação em saúde, que fornecem os registros da produção do trabalho realizado no nível da atenção básica em saúde, contendo cadastros a respeito dos atendimentos, ações e procedimentos realizados pelos profissionais. São, portanto, arquivos públicos, como definem Poupart, et al. (2008, p. 297):

Os arquivos públicos: Tratam-se de uma documentação geralmente volumosa e, por vezes, organizada segundo planos de classificação, complexos e variáveis no tempo. [...]. Esse tipo de arquivos compreende comumente: os arquivos governamentais (federais, regionais, escolares, ou municipais), os arquivos do estado civil, assim como alguns arquivos de natureza notarial ou jurídica.

Os dados do SISAB e do SIA/SUS são originais, extraídos da fonte oficial do Ministério da Saúde que se caracterizam como documentos públicos de arquivos do Governo do Estado brasileiro e estão disponibilizados nas plataformas digitais do E-Gestor/AB e DATASUS. Este estudo constou de pesquisa empírica, bibliográfica e documental, sendo que a primeira foi utilizada pelo motivo de terem sido examinados os dados de fatos que ocorreram na realidade. A segunda foi porque se baseou em material já analisado por outros autores e, a terceira, porque foi realizada com os dados do SISAB e do SIA/SUS. Para tanto considerou-se para a execução da análise, a originalidade dos documentos e o fato de não terem recebido tratamento analítico para assim construir a reflexão proposta por esta pesquisa. Nesse sentido Gil (2002, p. 45) explica que:

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem

ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

A pesquisa bibliográfica realizada, também pode ser chamada de pesquisa de fontes secundárias, já que segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 183), “abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo” [...]. A finalidade da pesquisa bibliográfica é apresentar ao pesquisador todas as fontes escritas e registros já existentes sobre o assunto investigado. Para Lima e Mioto (2007, p. 40), a “indicação para esses estudos relaciona-se ao fato de à aproximação com o objeto ser dada a partir de fontes bibliográficas”. Os tipos de fontes da bibliografia consultadas foram: livros, artigos científicos, publicações em periódico da área, teses, dissertações, pesquisas, publicações em sites oficiais e especializados sobre o tema desta pesquisa. Toda leitura foi fichada com o intuito de apreender as ideias principais e categorizar os conceitos-chaves para o posterior embasamento da análise dos dados.

Já a pesquisa documental foi realizada com vistas a consolidar o arcabouço teórico. Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 174), “a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias”. Também explica Carvalho (2016, p. 4) que “a pesquisa documental está dividida em dois tipos de fontes, sendo elas primárias, estas são consideradas originais, pois se baseiam em documentos oficiais e, fontes secundárias, pois são as literaturas referentes aos documentos, entrevistas, etc”. Diante disso, utilizou-se como fontes primárias, os dados dos bancos: SISAB e SIA/SUS e, como fontes secundárias: a Constituição Federal de 1988; os parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde; o Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro; manuais técnicos; notas técnicas do SISAB e SIA/SUS e; documentos legais, tais como: leis, portarias, resoluções e demais legislações que trataram do tema desse estudo. Para Sa-Silva, Almeida e Guidani (2009, p. 10) “a etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos”. Assim, partiu-se para a abordagem analítica dos documentos utilizados.

Quanto à natureza, essa pesquisa teve abordagem quanti-qualitativa. Conforme explica Richardson (2009, p. 70), o método quantitativo: “caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas”. Já sobre o método qualitativo, Flick (2004, p. 17) sinaliza que: “a relevância específica da pesquisa qualitativa para o estudo das relações sociais deve-se ao fato da pluralização das esferas de vida”. A combinação de método de natureza quantitativa e qualitativa vem crescendo nas pesquisas da área da saúde e é chamado, pelos pesquisadores

que defendem esse raciocínio, de estudos de métodos mistos. De acordo com o entendimento de Santos, et al. (2017, p. 3): “a partir da vinculação entre pesquisa quantitativa e qualitativa, os estudos de métodos mistos promovem o entendimento sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não se obteria com a utilização de somente uma abordagem.”

O universo desta pesquisa constituiu-se dos dados disponibilizados pelos sistemas do SISAB e do SIA/SUS, que contemplou os registros das produções do trabalho dos assistentes sociais na atenção básica em saúde no estado de Sergipe, no período compreendido entre os anos de 2015 a 2019.

Considerou-se para delimitar o recorte temporal, a portaria de nº 1.646 de 02 de outubro de 2015, do Ministério da Saúde. Esta portaria instituiu o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e regulamenta, conforme consta em seu artigo 2º que,

Art. 2º o CNES se constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS), e possui as seguintes finalidades: I - cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços; II - disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação; III - ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento; IV - fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios. Parágrafo único. Não é finalidade do CNES ser instrumento de indução política ou mecanismo de controle, constituindo-se somente como um cadastro que permita a representação mais fidedigna das realidades locais (BRASIL, 2015).

Essa portaria entrou em vigor no ano de 2015, na data em que foi publicada e, determinou o CNES como obrigatório e com vigência em todo território nacional. Através desta portaria, os estabelecimentos de saúde ficaram obrigados a cadastrar e atualizar as informações sobre os serviços, os profissionais, os atendimentos e os recursos. O CNES é o cadastro oficial do Ministério da Saúde que atua com uma base ampla para o cadastramento dos dados de todos os estabelecimentos dos níveis de saúde do país. O CNES é “a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS” (BRASIL, 2017). Portanto, o CNES instrumentalizou os outros sistemas de informação em saúde do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), como por exemplo: o SIA/SUS e o SISAB, pois, tem como finalidade, conforme o artigo 2º, inciso “II - disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação”.

Convém destacar que o inciso IV deste artigo 2º da portaria do CNES, informa que um dos objetivos deste cadastro nacional é o de fornecer informações para o planejamento, programação, bem como levar o conhecimento sobre o tipo de atendimento prestado, o serviço realizado pelos profissionais, fato que contribuiu com os outros sistemas. As informações cadastradas no CNES auxiliam como fonte de informação nas bases de dados do SISAB e do SIA/SUS, que são os espaços onde estão armazenados os dados que foram utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa, sobre a atuação do profissional assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe.

O limite temporal foi do ano de 2019, tendo em vista os registros disponibilizados nas bases digitais de dados do SUS os quais compreenderam os anos em sua totalidade.

O local selecionado para obtenção dos dados dessa pesquisa foi o estado de Sergipe que se encontra situado na região do nordeste do Brasil e possui um total de 75 municípios, sendo Aracaju a capital. De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que ocorreu no ano de 2010, a população sergipana totalizou: 2.068.017 (dois milhões, sessenta e oito mil e dezessete) pessoas. Porém, no decorrer dos anos esse número foi crescendo e, atualmente, conforme revelam os dados do relatório de gestão da cobertura populacional da atenção básica, gerado no mês de abril de 2020, a população total do estado é de 2.298.696 (dois milhões, duzentos e noventa e oito mil, seiscentos e noventa e seis) (BRASIL, 2020).

A escolha por pesquisar o estado de Sergipe considerou o fato de que fica localizado na Região Nordeste, que apresenta a maior cobertura populacional em nível de atenção básica em saúde, quando comparada as demais regiões do Brasil. Dos estados nordestinos, Sergipe é o que possui a menor população com uma das maiores coberturas no atendimento da atenção primária, quando comparado aos outros do Nordeste. Conforme os indicadores do Ministério da Saúde, a população (pop.) e a cobertura da Atenção Básica (cob. AB), em cada estado da região nordeste é a seguinte: Piauí (pop.: 3.273.227 / cob. AB: 99,64%); Paraíba (pop. 4.018.127 / cob. AB: 98,83%); Sergipe (pop.: 2.298.696 / cob. AB: 91,83%); Maranhão (pop. 7.075.181 / cob. AB: 87,48%); Rio Grande do Norte (pop. 3.506.853 / cob. AB: 87,10%); Ceará (pop. 9.132.078 / cob. AB: 87,07%); Bahia (pop. 14.873.064 / cob. AB: 82,83%); Alagoas (pop. 3.337.357 / cob. AB: 82,03%) e Pernambuco (pop. 9.557.071 / cob. AB: 81,46%) (BRASIL, 2020).

O estudo foi transversal, pois segundo Richardson (2009, p.148), “em um estudo de corte transversal, os dados são coletados em um ponto no tempo, com base em uma amostra

selecionada para descrever uma população nesse determinado momento”. A aplicação do recorte transversal viabilizou a coleta das informações dentro de um período específico, ou seja, o período correspondente ao lapso temporal adotado para esta pesquisa, que foi do ano de 2015 ao ano de 2019.

Na etapa da coleta, recorreu-se a dois bancos de dados: do SIA/SUS e do SISAB. O primeiro encontra-se alocado na principal plataforma digital da área da saúde no Brasil, o chamado DATASUS (Departamento de Informática do SUS). O segundo banco de dados localiza-se na Plataforma do E-Gestor/Atenção Básica.

O DATASUS é à base de sistemas de informações em saúde responsável por abrigar importantes bancos de dados e aplicativos de arquivamentos de dados, que geram boletins sobre a produção do trabalho na área da saúde e disponibiliza-os ao público, como um serviço para o cidadão. Já o E-Gestor/AB, é a base digital de referência exclusiva para os sistemas da atenção primária a saúde que apresenta seções voltadas a dois tipos de públicos: aos gestores e aos cidadãos. É válido explicar que na estrutura da plataforma do E-Gestor/AB tem uma seção que é restrita aos gestores, os quais têm acesso privativo ao portal, para o cadastramento dos dados sobre a atenção primária, mas, as informações cadastradas por estes gestores são publicizadas aos cidadãos, de modo que se tem acesso aos relatórios públicos como garantia da transparência dos serviços prestados na área. O estudo dispensou à análise do comitê de ética, pois adotou como fonte, exclusivamente, o acervo de dados digitais do SIA/SUS e SISAB, que se constituem como documentos oficiais, de natureza pública.

Um recurso importante utilizado nesse percurso foi o extrator e tabulador de dados chamado TABNET, que organizou e disponibilizou no SIA/SUS os dados selecionados para esta pesquisa. Convém ressaltar que o TABNET é um recurso do DATASUS, disponível gratuitamente através da internet para todos os cidadãos, de modo a ser utilizado com a finalidade de extrair e combinar os dados solicitados na Plataforma do DATASUS que é composta por uma série de sistemas que cadastram as informações por setores. No que tange ao SISAB, os dados foram coletados no próprio sistema, que foi implantado como estratégia do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), recebendo o nome de e-SUS/Atenção Básica. Através da referida estratégia, os dados inseridos no SISAB são coletados mediante a atuação de dois sistemas de software: a Coleta de Dados Simplificada (CDS); e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2013).

Para a seleção dos dados, no SIA/SUS e no SISAB foi buscado os critérios das variáveis que se alinham aos objetivos dessa pesquisa. As variáveis funcionaram como

refinadores dos resultados solicitados aos sistemas. Nos dois bancos, os dados foram apresentados em forma de tabelas, convertidos e disponibilizados como planilhas do programa de computador chamado Excel, o qual contribuiu para organização e arquivamento das informações utilizadas nesse estudo. De acordo com Gil (2010, p. 160) a tabulação no formato eletrônico, “é muito útil quando se trabalha com grandes volumes de dados, como no caso de levantamentos que envolvem amostras numerosas”. Todos os dados foram quantificados, categorizados, armazenado em tabelas e receberam tratamento analítico e interpretativo, por fim, foram organizados em gráficos para apresentação. Os resultados auxiliaram no processo de discussão que utilizou o mecanismo de confrontar os dados obtidos com a base teórico-conceitual adotada para desenvolvimento desta dissertação, que teve como método o materialismo histórico dialético.

O método de análise aplicado para esse estudo se constituiu com uma série de procedimentos realizados nos campos intelectivos e teórico-metodológicos, que foram escolhidos para construção do conhecimento a respeito do tema aqui pesquisado. Conforme indica Karl Popper (1975, p. 27), “a tarefa da lógica da pesquisa científica, ou da lógica do conhecimento é [...] proporcionar uma análise lógica desse procedimento, ou seja, analisar o método”. Nesse sentido também entende Richardson (2009, p. 70) que: o “método em pesquisa significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação dos fenômenos”. Em razão disso esta pesquisa adotou como método de análise, o materialismo histórico dialético, o qual foi utilizado em todo o processo de construção do conhecimento científico aqui exposto.

O materialismo histórico dialético foi desenvolvido por Karl Marx como meio de interpretação histórica da realidade social e das relações sociais na sociedade capitalista. O referido método interpreta os fatos, considerando que os fenômenos devem ser analisados em sua totalidade, ou seja, considerando todos os fatores que os influenciam no contexto em que se encontram inseridos. Nesse método também leva-se em consideração a dinamicidade do cotidiano, no que diz respeito à dialética, pois os fenômenos devem ser averiguados, ponderando o movimento de desvendar a aparência para alcançar a essência, a qual mantém-se conectada a realidade que o envolve (NETTO, 2011).

Assim, tendo como categoria central de análise o trabalho e as relações que se constituem em decorrência deste, na sociedade capitalista, o referido teórico oferece um método de interpretação da realidade baseado em três importantes categorias: a investigação da realidade em sua totalidade, a contradição essencial entre os aspectos que constituem os

fenômenos e a mediação. E de acordo com a dinamicidade do cotidiano é necessário realizar o movimento de mediar às situações visando alcançar as bases reais que fundamentam a existência dos fenômenos, para assim negar as aparências e atingir a essência dos fatos, tais como são realmente (NETTO, 2009).

Nesse estudo foram elencadas para análise, as categorias: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS); Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); atenção básica em saúde; trabalho do assistente social; saúde pública; pesquisa em base de dados e neoliberalismo. E as leituras realizadas tiveram como foco as categorias elementares desse trabalho, fato que contribuiu para a análise sobre o material coletado, buscando alinhar a perspectiva ao método analítico do materialismo histórico dialético na interpretação e reflexão do tema dessa pesquisa: o trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe (2015 a 2019).

Os capítulos dessa dissertação foram estruturados de forma a construir primeiramente a noção de política social para depois apresentar a trajetória da política de saúde como um desdobramento da primeira política. Seguiu-se a evolução cronológica dos acontecimentos que marcaram a História Mundial, para depois alcançar o período inicial do surgimento da política de saúde no Brasil. Na construção dos capítulos utilizou-se, fundamentalmente, os seguintes autores: Fleury (2009); Bravo (2009); Ouverney e Fleury (2008); Behring e Boschetti (2009); Mandel (1982); Fausto (1995); Prado Jr. (1986); Oliveira e Teixeira (1985) e Paim (1997). Esses estudiosos contribuíram com a construção da fundamentação sócio-histórica que foi o pilar central que estruturou esse estudo.

No primeiro capítulo foram abordados sobre a trajetória da política social na História mundial e, nesse sentido, foi feito um resgate sobre o surgimento da política social no mundo e sua evolução ao longo das épocas históricas, tomando por base, principalmente, os estudos de: Polanyi (2000); Castel (1998); Behring e Boschetti (2009); Netto (2012); Mandel (1982); Lênin (2011); Iamamoto (2009); Silva (2002) e Vicentino (2002).

No segundo capítulo foi realizada a análise da evolução da política social no Brasil, visando assim, entender como os antecedentes históricos da formação sócio-histórica local, contribuíram para a construção da política de saúde no país. Nessa abordagem sobre o Brasil, deram base à fundamentação, os estudos dos seguintes autores: Fausto (1995); Prado Jr. (1986); Florestan Fernandes (2003); Behring e Boschetti (2009); Faoro (2001) e ainda, Oliveira e Teixeira (1985). A análise da trajetória histórica da política social no Brasil focou

na compreensão de como foi sendo construída a base histórica que culminou na construção da política de saúde nacional. Essa análise foi feita até o ano 1930.

Além disso, apresentou-se a construção da política de saúde como política social brasileira, no sentido de analisar a partir dos anos 1930, pois identificou-se, por meio dos estudos realizados para a construção do segundo capítulo, que foi a partir deste ano que começou a ser formada a política de saúde no âmbito nacional. Aqui, os autores que deram base foram: Faleiros (1986); Ouverney e Fleury (2008); Behring e Boschetti, (2009); Bravo (2009); Oliveira e Teixeira (1985); Batich (2004); Prado Jr. (1998); Silva (1992); Paim (1997). Neste percurso também analisou-se o governo Vargas e a evolução da política social e de saúde do país; o período da ditadura militar; a construção do movimento da Reforma Sanitária e por fim, sobre a Constituição Cidadã e a garantia dos direitos sociais no Brasil. Nessa direção focou-se no direito à saúde e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, por meio desse capítulo refletiu-se a respeito os impactos do neoliberalismo na política de saúde no Brasil, considerando que este é o fator preponderante na desconstrução da política de saúde na atualidade, que se traduz em precarização do SUS.

No terceiro capítulo apresentou-se sobre a Política Nacional de Atenção Básica a saúde (PNAB), sobre o trabalho do assistente social nessa política e, a relação com o sistema de informação: SIA/SUS e SISAB. Esse momento da pesquisa buscou refletir sobre os sistemas tecnológicos de saúde, sobre a estratégia de saúde digital, que registram no trabalho do assistente social na atenção básica a saúde.

No quarto capítulo buscou-se analisar os dados coletados nos bancos do SIA/SUS e do SISAB. Também foram apresentados os saldos da coleta em banco de dados, bem como foi realizada a reflexão e discussão dos resultados. Para embasar a construção do processo interpretativo, esse estudo foi desenvolvido amparando-se nos parâmetros da atuação do assistente social na saúde, nos instrumentos legais que integram o Projeto Ético-Político do Serviço Social e, na Política Nacional de Atenção Básica à saúde. Os resultados foram apresentados através de gráficos, os quais foram analisados com base no referencial teórico produzido na revisão de literatura dessa pesquisa. Por fim, foram construídas as considerações finais.

Diante do exposto, convém destacar que essa pesquisa não se esgota com a abordagem realizada por esse trabalho, pois a realidade estudada aqui é decorrente de um processo social, histórico e dinâmico, fato que proporciona também que outras vertentes de análises possam ser adotadas para a continuidade da investigação e reflexão do objeto estudado.

CAPÍTULO 1: POLÍTICA SOCIAL

Esse capítulo apresenta a trajetória da política social no mundo e no Brasil. Nesse sentido, foi traçado um percurso histórico sobre o cenário da evolução do sistema capitalista, para tratar da origem e dos fundamentos sócio-históricos da política social, no cenário internacional e nacional, com a finalidade de construir a base na qual a política de saúde se desenvolveu.

1.1 Política Social no Mundo

A origem da política social está relacionada ao desenvolvimento do capitalismo, em especial com a Revolução Industrial, em que vão ganhar força o movimento e as lutas entre as classes. É quando o Estado começa a intervir nas expressões da questão social. Porém as políticas sociais somente se proliferaram após a ocorrência da segunda guerra mundial, na época que ocorreu a transição do capitalismo industrial para o capitalismo monopolista. Nesse sentido, para compreender o que vem a ser política social foi necessário considerar a evolução e o desenvolvimento do capitalismo, a função que o Estado desempenhou na relação entre as classes sociais e, a luta por direitos.

A Inglaterra foi o país pioneiro na Revolução Industrial¹ que proporcionou o florescimento dos fatores para a consolidação do capitalismo, uma vez que apresentou ao mundo, meios evoluídos de produzir mercadorias e da divisão social do trabalho. Como consequência desses fatos, ocorreu o enriquecimento da classe burguesa e a extração da mais-valia. Nesse cenário, os registros históricos sobre as formas iniciais de políticas sociais que aconteceram no momento que antecedeu a Revolução Industrial, revelam que se tratavam de ações paliativas, pontuais e caritativas (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

No momento da revolução industrial, as cidades, embora já existissem antes, começaram a se desenvolver e urbanizar, crescendo em torno das indústrias e atraindo um grande número de pessoas que deixavam o campo para morar e trabalhar nos centros urbanos (LEFEBVRE, 2001). Assim as pessoas foram em busca de emprego nas cidades² para sobreviver, fato que aumentou o número de pessoas na fila do desemprego, o que Karl Marx (2013) chamou de: exército industrial de reserva. Isso significa que as pessoas sobravam nas filas à procura de empregos, fato que agravou a condição de pobreza que era crescente.

¹ A industrialização na Inglaterra vinculou-se ao próprio desenvolvimento do capitalismo (POCHMANN, 2016).

² “A cidade, portanto, desempenhou um papel importante do *take off* (Rostow), isto é, na arrancada da indústria. As concentrações urbanas acompanharam as concentrações de capitais no sentido de Marx. Desde então, a indústria deveria produzir seus próprios centros urbanos, cidades, aglomerações industriais [...]” (LEFEBVRE, 2001).

Conforme explica Engels (2010, p. 154) “quando a pobreza do proletário cresce a ponto de privá-lo dos meios necessários à sobrevivência, quando desemboca na miséria e na fome, cresce ainda mais a tendência ao desprezo por toda a ordem social”. Nesse sentido, o pauperismo³ começou a se desenvolver, apresentando como decorrências as expressões da questão social, as quais incomodavam e atingiam a manutenção da ordem social, resultante do nascimento do capitalismo (MONTAÑO, 2002).

O capitalismo colocou a força de trabalho como uma mercadoria, pois reconhece que esta cria valor, sendo necessária ao sistema para acumulação de capital. Contudo, teve início a contradição de classes: capitalistas *versus* proletários, devido à exploração da classe dominante (proprietários dos meios de produção) sob a classe dominada (vendedores da força de trabalho) em busca de incessantes lucros através da comercialização dos bens produzidos (MARX, 2013).

As políticas sociais no contexto do surgimento e desenvolvimento do capitalismo foram resultantes das tentativas de enfrentar as múltiplas faces de expressões da questão social, as quais são advindas do embate entre as classes. É importante compreender que o processo de produção e reprodução do sistema capitalista ocorre mediante a legitimação das desigualdades sociais, e tem como decorrência a pauperização⁴ dos trabalhadores. O pauperismo é uma das variáveis de manutenção do capitalismo uma vez que é necessário para seu desenvolvimento. Neste sentido expressa as contradições inerentes ao processo de exploração do proletariado e relaciona-se diretamente com os desdobramentos sócio-políticos contidos nas expressões da questão social (NETTO, 2012).

Friedrich Engels (1876, p. 4) entende que o trabalho “é a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem”. Nesse sentido, devido ao trabalho estar ligado à condição de humanidade, para compreensão deste processo, convém articular a categoria trabalho a produção e reprodução⁵ da vida dos indivíduos. Assim, no modo de produção capitalista é

³ “A expressão surgiu para dar conta do fenômeno mais evidente da história de uma Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII: tratava-se do fenômeno do pauperismo” (NETTO, 2012).

⁴ A noção de pobreza aparece, na literatura, relacionada ou como sinônimo de variadas palavras ou expressões como pauperização, precarização, empobrecimento, desigualdade, exclusão, vulnerabilidade, marginalidade, pobreza unidimensional; pobreza multidimensional, miséria, indigência, diferenças sociais, discriminação; segregação, desqualificação, privação, deficiência, inadaptação, pauperismo, precarização, apartheid social; estigmatização, baixa renda, classe baixa, underclass etc. Cada um desses termos ou expressão indica um estado particular do processo da pobreza ou suas dimensões e características (SILVA, 2002, p. 7).

⁵ “A maneira como os homens produzem seus meios de existência depende, antes de mais nada, da natureza dos meios de existência, já encontrados e que eles precisam reproduzir. Não se deve considerar esse modo de produção sob esse único ponto de vista, ou seja, enquanto reprodução da existência física dos indivíduos. Ao

possível localizar a atividade humana como atribuidora do valor das mercadorias, pois se configura como base material do sistema de produção e consumo, sendo também capaz de reproduzir as relações em sociedade (MARX, 2013). É no processo de produção e reprodução das condições de existência de vida em sociedade, que os homens vão estruturar as formas de enfrentamento das expressões da questão social que são geradas em decorrência do sistema capitalista.

Deste modo, as políticas sociais vão se constituir, ao longo da história, em uma importante forma de enfrentamento das expressões da questão social. Em meados do século XIX, a exploração do trabalhador pelo capitalista era intensa, degradante e sem regulamentação de direitos. A situação era de altas jornadas de trabalho, baixos salários e sem proporcionalidade ao tempo trabalhado, mulheres, idosos e até crianças sendo explorados. A classe trabalhadora começa a se organizar para reivindicar melhorias e expor as condições debilitantes e as expressões da questão social a que estavam submetidos em decorrência do sistema capitalista (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

A política social surge no capitalismo com as mobilizações operárias e, a partir do século XIX com o surgimento desses movimentos populares é que ela é compreendida como estratégia governamental. Com a Revolução Industrial na Inglaterra, do século XVIII a meados do século XIX, esta trouxe consequências como a urbanização exacerbada, o crescimento da taxa de natalidade, fecunda o germe da consciência política e social, organizações proletárias, sindicatos, cooperativas na busca de conquistar o acolhimento público e as primeiras ações de política social. Ainda nesta recente sociedade industrial, inicia-se o conflito entre os interesses do capital e os do trabalho (PIANNA, 2008, p. 27).

Como resposta, o Estado, visando manter a ordem social, tentava conter o movimento dos trabalhadores com repressões diretas, mas também com a regulamentação de legislações de direitos fabris que expressavam concessões de maneira pontual.

No contexto político, as propostas defendidas pela corrente do liberalismo começam a ganhar força. Nas indústrias, os trabalhadores vão desenvolver uma consciência coletiva de classe única e começaram a fazer resistência para reivindicar pelo reconhecimento dos seus direitos. Desta forma, coube ao Estado a mediação das relações entre os diferentes estratos sociais, bem como a concessão de solicitações de reivindicações, as quais mais tarde serão reconhecidas e garantidas para todos os cidadãos como direitos sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

contrário, ele representa, já, um modo determinado da atividade desses indivíduos, uma maneira determinada de manifestar sua vida, um modo de vida determinado. A maneira como os indivíduos manifestam sua vida refletem exatamente o que eles são. O que eles são coincide, pois, com sua produção, isto é, tanto com o que eles produzem quanto com a maneira como produzem. O que os indivíduos são, depende, portanto, das condições materiais da sua produção” (MARX; ENGELS, 1998, p. 11).

Diante disso, é essencial compreender que o período de ascensão da industrialização, o qual ocorreu na Europa no século XVIII, trouxe uma nova realidade para o trabalhador e para o empregador: as relações sociais capitalistas, ou seja, o conflito capital *versus* trabalho. Esse fato teve como efeito a pauperização da classe operária, o que desencadeou nas expressões da questão social (NETTO, 2001).

[...] a ‘questão social’ revelou a sua agudização mediante a sua manifestação mais imediata, o pauperismo, designado genericamente por pobreza. [...]. Dada a magnitude com que a “questão social” (através do pauperismo agravado) se expressa desde então no processo de restauração do capital, gestando problemas para a ‘boa governança’, o ‘combate à pobreza’ passou a constituir o eixo fundamental da (s) política (s) social (is) – estas substantivamente redimensionadas, adequadas às condições econômico-sociais e ídeo-políticas próprias ao capitalismo [...] (NETTO, 2013, p. 31-33).

Portanto, o sistema capitalista produziu às desigualdades que resultaram em uma pobreza extrema e generalizada da população de trabalhadores e desempregados, também conhecida como pauperismo. Conforme aponta Netto (2012, p. 204) “a designação deste pauperismo pela expressão ‘questão social’ relaciona-se diretamente aos seus desdobramentos sócio-políticos”.

O contexto da revolução industrial trouxe a formação de duas classes distintas na sociedade: a classe operária e a classe dos donos dos meios de produção. Também houve o desenvolvimento das áreas urbanas, que mesmo sem estrutura recebiam as pessoas que deixavam o campo, em busca de empregos e sobrevivência nas cidades (HOBSBAWN, 2000).

Numa sociedade industrial, a mão-de-obra é em muitos aspectos diferente da que existe na sociedade pré-industrial. Em primeiro lugar, é formada em maioria absoluta por ‘proletários’, que não possuem qualquer fonte de renda digna de menção além do salário em dinheiro que recebem por seu trabalho. Já a mão-de-obra pré-industrial é formada em grande parte por famílias possuidoras de suas propriedades agrícolas, oficinas artesanais, etc., ou cujas rendas salariais suplementam – ou é suplementada por - algum acesso direto a meios de produção. Além disso, cumpre distinguir o proletário, cujo único vínculo com seu empregador está no recebimento de salário em dinheiro, do ‘servo’ ou dependente pré-industrial, que tem uma relação humana e social muito mais complexa com seu ‘amo’, relação essa que implica deveres recíprocos, ainda que muito desiguais. A Revolução Industrial substituiu o servo e o homem pelo ‘operador’ ou ‘braço’, [...], pois a maneira mais segura de uma pessoa pôr-se claramente acima dos trabalhadores estava em ela própria empregar mão-de-obra (HOBSBAWN, 2000, p. 79-80).

Essa era a conjuntura do capitalismo na sua fase concorrencial e industrial que influenciou e transformou a vida dos sujeitos, pois as relações de produção vão ganhar evidência através das duas classes que serão antagônicas e estarão constantemente em embate:

burguesia *versus* proletariado. A primeira se configura como os donos dos meios de produção, os quais enriquecem ao explorar ao máximo a segunda classe, que é formada por assalariados vendedores de suas forças de trabalho, os quais se submetem, muitas vezes, a condições de exploração. O proletariado se organiza em associações para lutar por melhores condições de vida e trabalho. Essa nova forma de organização da estrutura socioeconômica vai impactar no modo como os sujeitos vão defender seus interesses em sociedade: de um lado tem-se uma minoria de pessoas que forma a elite e defende o processo produtivo e a atuação do mercado como fatores responsáveis pelo desenvolvimento. De outro lado tem-se uma maioria populacional que luta pelo social, entendendo a importância da união de toda sociedade para o desenvolvimento econômico integrado e mundializado (MARX, 2013).

Para tentar explicar as transformações do final do século XVIII e início do século XIX e XX, surgiram doutrinas e teorias sociais, em especial do ramo da economia política que vão buscar explicar e regular o capitalismo. É assim que a doutrina do liberalismo se estrutura e ganha destaque. Na perspectiva de Behring e Boschetti (2009, p. 56): “o período que vai de meados do século XIX até a terceira década do século XX, portanto, é profundamente marcado pelo predomínio do liberalismo e de seu principal sustentáculo: O princípio do trabalho como mercadoria e sua regulação pelo livre mercado”.

O pensamento liberal justificou os ideais burgueses, pois defendia através de seus princípios: a propriedade privada; o individualismo econômico-financeiro, ou seja, cada indivíduo agindo conforme o interesse próprio. Também defendia a auto regulação do mercado, acreditando que naturalmente o mercado desenvolve mecanismos para regular suas relações socioeconômicas e políticas. E ainda, a liberdade de produção e de comercialização dos produtos. Além disso, sustentava a ideia de que a economia possuía suas leis e; afirmava que o Estado não deveria intervir nos contratos de trabalho, acordos de salários e jornadas empregatícias. Enfim, o liberalismo naturalizou a miséria, atribuindo à moral humana a culpa pela pobreza e desigualdade. Ademais, estimulou a competição como forma do sujeito lutar pelos seus próprios interesses. Sobre o Estado, a doutrina liberal pregava uma atuação mínima, limitada a garantir a liberdade de mercado e a manutenção da ordem e propriedade privada (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Entre os principais teóricos do liberalismo encontram-se: Adam Smith; David Ricardo; Thomas Malthus; Jean-Jacques Rousseau; John Locke; Thomas Hobbes; Montesquieu; Benjamin Franklin. Dentre estes, é importante destacar a ideia defendida pelo teórico Adam Smith, o qual ficou conhecido por pensar sobre a existência de uma mão invisível que

regulava o mercado, de forma que entendia a intervenção Estatal na economia como desnecessária e, portanto, não deveria ocorrer. Outro teórico que se destacou na defesa dos princípios liberais foi: Thomas Malthus, o qual fez uma relação entre o crescimento da população e a produção de alimentos, pregando que era preciso reduzir a assistência aos pobres para não incentivar o aumento populacional e conseqüentemente a miséria. Também ganhou destaque entre os representantes do liberalismo o teórico chamado David Ricardo, que conceituou sobre os salários apoiando a ideia de pagar o mínimo necessário a sobrevivência do operário. Havia o interesse burguês de baratear a mão de obra da produção industrial e essa ideia foi estruturada na forma de lei, sendo conhecida como Lei Férrea dos Salários, que caminhou na linha dos interesses dos capitalistas (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Para Castel (1998, p. 234) “a ideologia ‘liberal’ está nessas poucas linhas: a liberdade de trabalho deve libertar também a iniciativa privada, o gosto pelo risco e pelo esforço, o sentido da competição.” A esse respeito, em termos de políticas sociais, a doutrina liberal defendia que o Estado não deveria garanti-las, pois na visão dos teóricos do liberalismo a ajuda aos pobres contribuía para a manutenção da miséria, uma vez que gerava acomodação sendo um estímulo negativo para as pessoas pobres, as quais não iriam querer trabalhar. Para a concepção liberal, as políticas sociais deveriam ser prestadas pelo Estado, mas de forma mínima, sendo uma espécie de paliativo. Entediam que a miséria era algo que nunca acabaria, então, como um viés moral, quem deveria ser responsável para ajudar aos pobres era a caridade privada (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

O cenário do mundo do trabalho desta época, na esfera do capitalismo industrial, era de longas, ininterruptas e exaustivas jornadas de trabalho. Os salários eram baixos e não condiziam com o tempo realmente laborado pelo funcionário. Os capitalistas visavam à contratação de mão de obra barata e como havia uma grande fila de desempregados querendo emprego, quem não aceitasse as condições deste, seria rapidamente substituído por outra pessoa que esperava para ocupar o lugar vago. Também inexistiam legislações trabalhistas, o ambiente das fábricas era insalubre e sem estrutura para cuidar da saúde dos operários em caso de doenças ou acidentes. Além disso, crianças e mulheres trabalhavam nas indústrias. A condição de miserabilidade era generalizada e a insatisfação entre o operariado crescia (ENGELS, 2010).

[...] É claro que as causas do pauperismo e os meios de combatê-lo não poderiam se manter afastados de uma literatura inspirada na convicção de que se os males mais aparentes do pauperismo pudessem ser suficientemente aliviados ele deixaria de existir. Parecia haver um consenso geral em relação a um ponto, a saber, a grande variedade de causas responsáveis por esse aumento (POLANYI, 2000, p. 113).

Desse modo, a classe proletária começou a questionar a condição de exploração por parte dos capitalistas e a situação de pobreza e desemprego crescentes. Formou-se, então, um movimento que, como forma de reagir contra os problemas socioeconômicos em que viviam os trabalhadores, propôs destruir todas as máquinas das indústrias, esse foi o movimento ludista. Assim foi se estruturando o movimento operário (HOBSBAWN, 2000).

Outra doutrina, do ramo da economia política, que surgiu para tentar explicar as modificações sociais advindas com o capitalismo industrial foram às chamadas teorias socialistas, cujos teóricos eram críticos do sistema industrial e que propuseram a construção de um mundo mais justo através de reestruturação social. Os teóricos socialistas se subdividiam em ramificações que se destacavam como: socialistas científicos e socialistas utópicos. Nesta análise, convém focar no socialismo científico, cujo maior expoente foi Karl Marx, o qual nasceu, viveu e morreu sob as transformações sociais do século XIX (VICENTINO, 2002).

A perspectiva marxiana refere-se que à luta entre as classes é capaz de gerar transformações sociais. Por isso, nessa concepção considera-se que o operariado tem um papel político de ser o agente responsável pela Revolução Socialista, sendo, portanto, capaz de construir uma estrutura social mais justa para todos. Também a ditadura do proletariado, o fim da propriedade privada como forma viabilizadora do comunismo, o qual seria o fim último da igualdade social e econômica, através da eliminação do Estado. Outro conceito marxiano é o da mais-valia que consiste em o trabalhador ser remunerado com um valor menor do que o tempo que efetivamente trabalhou, fato que gera lucro para o patrão e se configura como uma forma de exploração, por não receber o salário justo, pelo tempo total que passou se esforçando e se dedicando ao ofício. Ou seja, o trabalhador não recebia por tudo o que produzia, mas recebia por um tempo que foi determinado no acordo inicial com o proprietário dos meios de produção (MARX, 2013).

Assim, a teoria marxiana afirmou que na base material da sociedade capitalista encontra-se o trabalho, que é o fundamento da realidade social. Diante disso se formaram as relações sociais de produção, que são formas como os trabalhadores vão se estruturar para desenvolver uma determinada atividade produtiva. As relações de exploração compõe a base de enriquecimento do sistema, culminando na luta de classes entre proletariado e burgueses. As ideias dessa referida teoria influenciaram a classe trabalhadora a reivindicar por melhores condições de vida, trabalho e a lutar pelo ideal de construir um Estado Social. Contudo, o Estado liberal, ou seja, que seguia os princípios da doutrina liberal, respondia com repressão

as expressões da questão social que surgiram com o sistema capitalista para tentaram conter os avanços e as necessidades do surgimento do Estado Social. Porém as necessidades sociais eram crescentes e chegaram ao ponto grave, de não poderem ser ignoradas pelo Estado liberal (MARX, 2013).

Diante das necessidades sociais crescentes o Estado liberal começou a flexibilizar seus princípios e a se abrir para acolher algumas demandas da classe trabalhadora. Então, visando manter a ordem social, o referido Estado vai reconhecendo alguns direitos sociais e políticos da classe proletária, ainda que de forma pontual, que não comprometeu os princípios do capitalismo. Isso significa que houve uma abertura Estatal para acolher algumas demandas da classe trabalhadora. Conforme explicam, Behring e Boschetti (2009, p.63): “a mobilização e a organização da classe trabalhadora foram determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no final do século XIX e início do século XX”. Nesse sentido, a classe trabalhadora, através de suas lutas, foi ampliando as conquistas pelos direitos sociais, pressionando o Estado liberal por mudanças. E através do esforço continuado, os operários foram se organizando em sindicatos, até que conseguiram o direito ao voto, depois organizaram-se em partidos, aos poucos foram conquistando outros direitos políticos e sociais que beneficiaram a coletividade.

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das correlações e composições de força no âmbito do Estado. Os autores são unânimes em situar o final do século XIX como o período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 63).

As políticas sociais foram sendo assumidas, de modo gradual, pelo Estado liberal capitalista, no final do século XIX. Desse modo foram se desenvolvendo e assumindo características diferentes em cada país. Essas diferenças são atribuídas ao nível de organização e reivindicações da classe operária e ao nível de evolução da produção industrial de cada localidade (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

No final do século XIX, a partir da reivindicação da classe operária, foi implantada na Alemanha ações de proteção social, durante o governo do chanceler Otto Von Bismarck, por meio de um modelo de caixas de seguro para proteger situações de adversidades nas áreas da saúde, assistência e previdência da população trabalhadora. Essas ações se tornaram seguro público compulsório, uma vez que a contribuição que era recolhida obrigatoriamente de empregados e patrões também recebiam o aporte do Estado. Esses seguros foram destinados à

classe operária, objetivando desmobilizar as frentes de lutas visando manter a ordem social. Esse modelo tem como base os seguros sociais, sendo obrigatórios e vinculados as pessoas que estavam inseridas no mercado de trabalho, recebendo remuneração, uma vez que o valor da contribuição estava relacionado ao salário do trabalhador. O modelo de seguro proposto por Otto Von Bismarck atendia principalmente os trabalhadores, que eram os responsáveis pelas contribuições, pois o valor era descontado diretamente das folhas de salários dos operários. Então estes seguros eram uma forma de compensar a renda dos operários, fato que fez valer também a ideia de direitos do trabalhador, uma vez que o Estado liberal que no princípio não reconhecia tais direitos, pois entendia que este reconhecimento era um desestímulo ao trabalho, passou a garanti-los, embora minimamente, por algumas políticas sociais, em decorrência da luta do movimento dos trabalhadores que reivindicam pelo reconhecimento de direitos, melhorias nas condições laborais e de vida. Assim, o movimento dos trabalhadores foi se fortalecendo e se expandindo (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Observou-se que o crescimento das expressões da questão social, gerou como consequência a necessidade de regulamentação de direitos que foram sendo adquiridos através das manifestações dos trabalhadores, de forma que estes foram impressos em legislações fabris e regulamentações de benefícios. Assim, o fato de instituir os referidos seguros sociais configurou-se como uma das primeiras formas de intervenção do Estado nas políticas sociais. Entretanto, convém sinalizar que o Estado não acolheu todas as manifestações do operariado, mas apenas algumas, pois utilizou das políticas sociais como estratégia para conceder aos trabalhadores o atendimento de alguns de seus interesses e preservar a ordem estrutural do sistema capitalista vigente. Então, a estrutura da doutrina econômica do liberalismo começou a enfraquecer em meados do século XIX e início do século XX, devido ao fortalecimento do movimento operário na sociedade que passou a ocupar espaços na política exigindo o reconhecimento de direitos de cidadania pressionando cada vez mais o Estado e a classe burguesa. Nesse sentido é importante destacar que o movimento operário ganhou força mundialmente quando o movimento socialista ascendeu na Rússia de 1917 (século XX) e isso deu aos trabalhadores esperança para lutar por seus ideais, de forma que passou-se a reconhecer o poder da coletividade e as reivindicações dirigiram-se para o sentido de pleitear acordos coletivos (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Portanto, o que mudou na transição do capitalismo de livre concorrência ao imperialismo clássico foi à articulação específica das relações de produção e troca entre os países metropolitanos e as nações subdesenvolvidas. A dominação do capital estrangeiro sobre a acumulação local de capital (na maioria das vezes

associadas à dominação política) passou a submeter o desenvolvimentismo econômico local aos interesses da burguesia nos países metropolitanos (MANDEL, 1982, p. 37).

O imperialismo é outro importante aspecto que também ocorreu no final do século XIX e início do século XX, foi o processo histórico através do qual, os países industrializados se expandiram, começando a executar uma nova espécie de colonialismo. Segundo Lênin (2011, p. 159) “o século XX marca, pois, o ponto de viragem do velho capitalismo para o novo, da dominação do capital em geral para a dominação do capital financeiro”. E explica que se formou, entre os países industrializados e desenvolvidos economicamente, a necessidade de ir em busca de novos mercados consumidores e de matéria prima para a produção industrial no sistema capitalista. Assim, para que a expansão imperialista ocorresse foi preciso um grande investimento em dinheiro.

Neste cenário, os banqueiros se uniram aos industriais e deu início ao capitalismo dos monopólios, também chamado de capitalismo financeiro. Lênin (2011, p. 105) defende a ideia de que o imperialismo é uma “etapa superior do capitalismo”. Essa fase foi decorrente do processo industrial que começou a evoluir e precisava se expandir com o intuito de alcançar novos mercados consumidores, porém o projeto de expansão passou a depender de dinheiro de bancos para a viabilização dos empreendimentos.

Conforme Iamamoto (2009, p. 21), “o capital financeiro envolve a fusão do capital bancário e industrial em condições de monopólio capitalista, redundando na concentração da produção e na fusão de bancos com a indústria”. Assim, foi da união das grandes indústrias com os bancos que nasceu a fase financeira do capitalismo, na qual o mercado capitalista passou a ser comandado por grandes monopólios.

Este processo representa a transição da economia baseada na livre concorrência, em que os variados comércios, que vendiam o mesmo produto, concorriam diminuindo os preços para vender um número maior de mercadorias. Porém, na passagem para a fase imperialista, surgiram novos tipos de motivações que modificaram o processo das concorrências, pois os mercados passaram a atuar movidos por interesses econômicos e políticos. Em decorrência disso, iniciou-se o movimento de ir em busca de novos mercados consumidores e fornecedores de matéria prima, também o processo produtivo, incluindo as máquinas, técnicas e mão de obra, passaram a ser socializado. É o momento no qual a produção industrial e o capital financeiro se uniram. Além disso, o capital proveniente dos bancos se fundiu com o capital advindo das indústrias e nesse sentido, ocorreu o predomínio da oligarquia financeira que resultou em exportação de capitais. Por isso, os bancos passam a centralizar e a reger o

processo de produção comercial, bem como a comercialização dos produtos (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Na fase do imperialismo, as grandes potências conquistaram novas colônias, buscando a consolidação hegemônica. E para concretização dos objetivos desta nova fase econômica mundial, os países entraram em um momento de disputas em virtude da aquisição dos novos mercados, fato que deu início a primeira guerra mundial (1914-1918). “O imperialismo afeta todas as condições sociais e políticas dos países, assim como o movimento operário e suas lutas” (IAMAMOTO, 2009, p. 23).

Os acontecimentos que marcaram esse período da história mundial levaram as elites a refletirem sobre os fundamentos da doutrina liberal, principalmente, após crise de 1929 a 1932, em que ficaram perceptíveis as consequências de se ter deixado o próprio mercado se autogovernar através da chamada mão invisível, por entender que esse modelo de gestão econômica era algo natural e inerente ao próprio do sistema econômico capitalista. Essa crise foi considerada como uma grande depressão por qual passou o capitalismo naquele período, repercutindo de maneira grave em nível mundial. Ocorreu na Bolsa de Valores de Nova York, em 1929, foi uma crise internacional do capitalismo de base liberal. E como consequência, alguns fatos emergiram atingindo toda sociedade, como por exemplo: falências de empresas e desemprego em massa com níveis desconhecidos até então. Esses fatores desequilibraram a ordem capitalista vigente, o que ocasionou a necessidade reformular a política capitalista. A partir disso, as políticas sociais floresceram gradativamente (VICENTINO, 2002).

Assim, começaram os questionamentos de que as diretrizes do liberalismo estavam erradas, pois os fatos apontavam que já não era a melhor doutrina para o sistema econômico do capital. O fim da primeira guerra mundial deixou devastado o mercado externo dos países e a Europa abalada buscava se recuperar. Os Estados Unidos da América (EUA) se transformaram em uma potência mundial do capitalismo. A crise, também denominada historicamente por *crash* da bolsa de Nova York, revelou-se nos EUA com um grande volume de ações que não foram compradas. Assim, os donos das ações, que haviam investido um grande volume de dinheiro, ficaram desesperados e tentaram rapidamente vender as mesmas a preços ínfimos, fato que acabou prejudicando a todos, pois as ações perderam o valor e os empresários mais ricos do mundo ficaram totalmente empobrecidos. O abalo econômico refletiu em forma de pobreza profunda entre os norte-americanos, de maneira que indústrias e empresas de grande porte fecharam as portas, bancos faliram, trabalhadores em massa ficaram

desempregados, a fome e a pobreza se generalizaram entre a população americana (VICENTINO, 2002).

Dentre os reflexos mundiais, a crise de 1929 gerou consequências, pois, muitos países exportavam para os EUA, entretanto, depois desse acontecimento, as importações para os norte-americanos foram reduzidas ao máximo, de modo que a maior parte dos países sentiu os impactos na esfera política, econômica e social, fato que impulsionou a expansão das políticas sociais. Para tentar resolver os rebatimentos da crise nos Estados Unidos, o então presidente Franklin Roosevelt, foi eleito residente dos EUA no momento auge desse crítico período e, reestruturou a economia. Para tanto, colocou em prática um plano econômico chamado *New Deal* (1933 a 1938). Assim, acabou com o liberalismo econômico ao agir através da intervenção na economia. O plano *New Deal* foi criado por um grupo de economistas e teve base nas fundamentações do teórico John Maynard Keynes⁶. Este referido plano econômico tratou-se de um marco na história do capitalismo, pois pôs um fim no liberalismo e abriu espaço para um novo tipo de capitalismo, o qual proporcionou a intervenção do Estado na economia (FARIA, 2016).

De acordo com Keynes a saída para crise e conseqüentemente à evolução do capitalismo ocorreria por meio da intervenção estatal que deveria se amparar na geração de empregos de forma contínua e na instituição de políticas sociais capazes de proporcionar a distribuição de renda e ainda, por meio da garantia da política do bem-estar para os cidadãos (VICENTINO, 2002). Nesse sentido a política do pleno emprego seria a responsável por gerar constantes e crescentes empregos. Já a distribuição de renda e a promoção do bem-estar social, de acordo com o referido teórico, seriam possíveis, mediante a institucionalização de serviços públicos como as políticas sociais. O bem-estar social estava associado à garantia de emprego e renda para os cidadãos e a concessão de serviços por meio de políticas sociais. Esse foi o sentido pensado para promover a igualdade de condições entre as pessoas (CRESPO, 2018).

Em meados do século XX, em um período histórico conhecido como era de ouro do capitalismo, a teoria Keynesiana se firmou como sendo a referência para o desenvolvimento dos Estados. A era de ouro do capitalismo foi assim chamada por ter refletido a fase de progresso que resgatou os Estados atingidos pela crise, através do bom relacionamento entre intervenção estatal, política e economia. O resultado foi à criação de empresas estatais que ofereceram serviços públicos e promoveram a cidadania. Isso resultou de um processo de

⁶ Keynes, nasceu no final do século XIX e faleceu em meados do século XX. Foi um teórico economista que defendeu a política do Estado intervir na economia (VICENTINO, 2002).

planejamento econômico para uma intervenção eficaz do Estado, o qual passou a ser o responsável pelo bem-estar social, assim como, assumiu a figura do Estado controlador, pois com a promoção de políticas sociais para garantia do Bem-Estar dos cidadãos, conseguiu frear as reivindicações da classe operária, desmobilizando-os para que o capitalismo pudesse avançar sem que a ordem social fosse atingida. Outro fato que merece destaque neste contexto foi o aparecimento da chamada revolução tecnológica a qual foi marcante por proporcionar a melhoria das condições de vida, porém em contrapartida ameaçou os postos de trabalho ao sugerir a ideia das máquinas substituírem as funções desempenhadas por vários seres humanos nas indústrias (VICENTINO, 2002).

Em termos de políticas sociais, o plano Beveridge influenciou diretamente no modo como foram organizadas as políticas sociais, no contexto do pós-guerra. Esse plano foi editado na Inglaterra em meados do século XX e em sua estrutura revelou-se a influência do Keynesianismo, pois defendia a proposta de assegurar uma renda que serviria de amparo nas situações em que os cidadãos não pudessem trabalhar para receber seus salários, como por exemplo: idade, situações de acidentes ou morte, ou ainda em casos de doenças. Tratou-se assim, de um sistema de proteção social que oferecia um seguro social mais ampliado do que o que era ofertado pelo modelo bismarckiano. O diferencial do sistema Beveridgeano para os outros sistemas é que se encontrava na base deste, que os direitos deveriam ser entendidos como universais e, sendo assim, deveriam ser destinados a todos os cidadãos, de modo que cabia ao Estado assegurar as condições sociais mínimas que fossem necessárias para que os direitos alcancem a todos os cidadãos. Dessa forma, amparava-se no princípio da uniformização do benefício. Para o custeio deste sistema a proposta era a da arrecadação através de impostos fiscais sob a gestão da esfera estatal e pública (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

Conforme explicam Behring e Boschetti (2009, p. 98): “as políticas sociais vivenciaram forte expansão após a segunda guerra mundial, tendo como fator decisivo a regulação do Estado na regulação das relações sociais e econômicas”. Assim, tinha-se um cenário no qual as políticas sociais estavam se firmando, que foi no período posterior a segunda guerra mundial, quando se buscou estratégias para superação da crise do capital. Para se alcançar a reestruturação econômica dos países de capitalismo avançado que entraram na crise, foi necessário, primeiramente, alcançar o entendimento de que os elementos: reestruturação dos empregos e reestruturação da política de consumo eram importantes para efetivar as ações. Assim, foi viabilizado um pacto, em acordo com o padrão de acumulação

fordista e com os modelos econômicos propostos por Keynes e Beveridge, que buscou conciliar os interesses dos atores sociais envolvidos naquele contexto: a classe operária, o Estado e os burgueses capitalistas. Essa medida trouxe crescimento econômico e proporcionou que o Estado Social fosse formado, uma vez que fortaleceu a proteção social.

É importante destacar que após a crise de 1929, os países capitalistas foram em busca de alternativas para superar os reflexos devastadores que atingiram a esfera social, política e econômica, sendo assim geradas as condições que proporcionaram que as políticas sociais se efetivassem como sistema de proteção social. Enquanto sistema de proteção social, as políticas sociais foram responsáveis pela ampliação de direitos sociais e buscaram priorizar garantias a coletividade. Dentro de um período regulado pelo fordismo-keynesianismo, que objetivaram reduzir os impactos da crise, mas valorizando os interesses dos capitalistas (CRESPO, 2018).

A evolução dos sistemas de proteção social ocorreu na Europa, no período compreendido entre 1940 a 1970, enquanto a política do Bem Estar Social, também conhecida como *Welfare State* se consolidava. Essa política de bem-estar social integrou as características dos planos de Bismarck e Beveridge. As políticas sociais são alternativas que foram buscadas para solucionar a grave crise do capital sem que o mercado deixasse de ser regulado pelo Estado. Por isso, os sistemas de proteção social que atuavam através políticas sociais combinadas com a reprodução do capital abordavam a perspectiva do reconhecimento de direitos sociais. Assim tratava-se de sistemas de proteção social capitalista que amparavam o desenvolvimento da economia por meio da universalização dos serviços prestados com o objetivo de assegurar melhores condições de vida. Essa foi à que os sistemas de proteção social do capitalismo fizeram uso, para tentar minorar a desigualdades sociais. Contudo, é importante enfatizar que esse contexto foi regido pelo sistema capitalista, o qual continuou mercantilizando as relações de produção e reprodução de vida e trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2009).

O período após a segunda grande guerra mundial marca a fase do capitalismo tardio ou maduro. E conforme, explicou Mandel (1982, p. 185): “na época do capitalismo tardio, os monopólios dominantes procuram estabelecer seu controle sobre todas as fases de produção e da reprodução, por intermédio do Estado ou da iniciativa privada”. Também, no momento compreendido entre 1945 até o ano de 1970, foi que o sistema de proteção social começou a se organizar, de forma que as demandas do Estado Social foram sendo reconhecidas legalmente e incluídas gradativamente nas legislações. Entretanto, a evolução do Estado de

Bem-Estar Social não ocorreu de maneira uniforme em todos os países. Um exemplo disso foi o Brasil, país em desenvolvimento, no qual o Estado de Bem-Estar Social e os sistemas de proteção apresentaram características particulares e próprias do estilo do desenvolvimento do capitalismo periférico do território nacional.

Nesse contexto, o entendimento sobre a saúde foi sendo ampliado através de um novo conceito, divulgado no ano de 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que considerou a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Então, passou-se a compreender a influências de determinantes culturais, sociais e político-financeiros na vida dos indivíduos em sociedade e, a perceber que a doença não era apenas decorrente da ausência de saúde. Conforme explicaram Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) “[...] são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.” A conscientização sobre a interferência dos determinantes sociais da saúde (DSS) na vida das pessoas, começou a exigir a abrangência da política de saúde às necessidades de prevenção e de cuidado integral dos indivíduos em sociedade.

No início da década de 1970, o sistema capitalista começou a dar sinais de esgotamento. Nesse momento, a política que ganhou evidência no cenário de superação desta nova crise foi o neoliberalismo. Essa nova crise do capitalismo encontrou razões nas altas taxa de inflação e conseqüentemente no aumento dos valores da dívida pública externa e interna, dos países capitalistas. Entre 1973 a 1974, houve o marco na História de um grande impacto que o capitalismo sofreu devido ao aumento do preço do petróleo. A nova crise do capital trouxe conseqüências que deram o sinal, em termos de política social, que o cenário econômico do pleno emprego e da política de cidadania, viabilizado pelo Estado Social, já estava se esgotando e não era mais viável. Assim, essa crise representou historicamente o fim da era de ouro do capitalismo que foi controlado pela política econômica do keynesianismo, e o surgimento do neoliberalismo para comandar a economia capitalista mundial.

Essa nova crise afetou a totalidade das bases de produção e reprodução do capitalismo e, por esse motivo foi diferente das crises anteriores que foram momentâneas ou cíclicas, pois retornavam a ascender em um determinado contexto da História. Ao contrário, esta foi uma crise na estrutura do sistema capitalista, frente à mundialização e financeirização do capital, diante do crescente avanço tecnológico e dos princípios do neoliberalismo. Durante o ano de 1970, a reação dos keynesianos a respeito da crise foi a de defender a ideia de que para vencer

a recessão econômica era necessário a manutenção da política do pleno emprego, através da elevação dos salários.

O neoliberalismo surgiu no momento da pós-segunda guerra mundial, sendo desenvolvido no início do século XX. Esse novo sistema econômico reatualizou as diretrizes do liberalismo e acrescentou os aspectos da reestruturação produtiva trazendo sérias consequências para as políticas sociais. Durante a crise de 1973, quando os países de capitalismo desenvolvido entraram em recessão econômica, com o aumento inflacionário e baixo crescimento, a ideologia neoliberal se propagou intensamente e seus princípios começaram a ser considerados pela elite. Para os neoliberais o movimento dos trabalhadores e os sindicatos foram os principais responsáveis por expropriar o sistema capitalista, com suas reivindicações para que o Estado proporcionasse melhorias sociais e assumisse a responsabilidade das necessidades sociais e salariais dos operários (VICENTINO, 2002).

Para enfrentar a crise do capital, a doutrina neoliberal trouxe como principal proposta, o fortalecimento do poder do Estado de forma que este pudesse minimizar e anular o poder dos sindicatos. Também pregou a ideia da redução com os gastos sociais, a eliminação do pleno emprego e a manutenção do exército industrial de reserva, sendo o Estado mínimo para intervir na economia. Nesse contexto os princípios neoliberais defendiam: a política de privatizações; abertura da economia para multinacionais; redução da intervenção estatal na economia e no mercado de trabalho; abertura para a circulação de capitais internacionais; desburocratização de leis e regras econômicas; as empresas privadas como basilares na economia e; defendiam a manutenção dos princípios e estruturação do capitalismo (LEME, 2010).

A trajetória histórica apresentada até aqui teve como foco à compreensão da relação da política social com o capitalismo. Para tanto, analisou-se nesse tópico sobre a revolução industrial que ocorreu no século XVIII, o advento das máquinas e como o capitalismo foi imperando como base econômica hegemônica no nível mundial, tendo como principal mercadoria a força de trabalho da classe trabalhadora.

No próximo item apresentado nesse estudo, foi realizada uma análise sobre a política social no Brasil, que adquiriu visibilidade com o surgimento do sistema capitalista no âmbito nacional, especialmente no enfrentamento das expressões da questão social, as quais se agravaram em decorrência das lutas de classes entre patrões contra o proletariado, devido à pobreza resultante de uma exploração intensa de trabalhadores por parte do capital em razão do lucro. Nessa oportunidade a análise histórica sobre as políticas sociais levou ao

entendimento sobre o surgimento de um importante movimento social, o da classe trabalhadora que começou a protestar e a lutar por acesso a direitos e melhorias nas condições de trabalho e vida em sociedade.

Portanto, para integrar a análise sobre a política social, buscou-se apresentar a reflexão a respeito da trajetória da política social no Brasil, pois considerou-se que a formação da política social nacional encontra-se essencialmente atrelada ao desenvolvimento do capitalismo no país, o qual ocorreu de uma forma diferente quando comparado aos países desenvolvidos. Desse modo, existem aspectos na base da formação sócio-histórica brasileira que marcaram e influenciam até a atualidade a criação das políticas sociais.

1.2 Política Social no Brasil

O processo de colonização no século XVI fez do Brasil uma colônia de exploração e isso significa que o país não se organizou internamente, mas se estruturou na perspectiva de explorar suas riquezas para atender às necessidades da metrópole que era Portugal, pois a intenção da colonização do Brasil era oferecer novos recursos para fomentar a economia de Portugal que estava em crise. De acordo com Fausto (1995, p. 42), nos “anos iniciais, entre 1500 e 1535, a principal atividade econômica foi à extração do pau-brasil, obtida principalmente mediante troca com os índios”. Por isso, a produção colonial era estruturada para fornecer inicialmente o pau-brasil e posteriormente, buscou-se também a extração de metais preciosos e o cultivo da cana para produção do açúcar. O projeto da colonização portuguesa foi desenvolvido empregando o trabalho escravo e a exploração predatória dos recursos naturais.

As razões da opção pelo escravo africano foram muitas. É melhor não falar em causas, mas em um conjunto de fatores. A escravização do índio chocou-se com uma série de inconvenientes, tendo em vista os fins da colonização. Os índios tinham uma cultura incompatível com o trabalho intenso e regular e mais ainda compulsório, como pretendido pelos europeus. Não eram vadios ou preguiçosos. Apenas faziam o necessário para garantir sua subsistência, o que não era difícil em uma época de peixes abundantes, frutas e animais. Muito de sua energia e imaginação eram empregadas nos rituais, nas celebrações e nas guerras. As noções de trabalho contínuo ou do que hoje chamaríamos de produtividade eram totalmente estranhas a eles (FAUSTO, 1995, p. 49).

No primeiro século da colonização brasileira, a mão de obra escravizada foram os índios, porém houve resistência dos indígenas que entraram em conflitos com os colonizadores, contudo a monocultura canavieira se desenvolveu no Brasil, então, “não por acaso, a partir da década de 1570, incentivou-se a importação de africanos” (FAUSTO, 1995,

p. 50). Assim, os portugueses trouxeram para o Brasil a mão de obra dos negros, advindos da África, para escravização.

A economia agrária colonial sempre teve por tipo a grande exploração rural. Estão aí as lavouras de cana e os engenhos de açúcar – nossa principal riqueza de então – os extensos latifúndios dedicados à pecuária; enfim, as demais indústrias agrícolas que, embora em menor escala, sempre se revestem do mesmo caráter de grandes explorações. Basta lembrar que nosso trabalho agrícola sempre se baseou no braço escravo, negro ou índio (PRADO JR., 1986, p. 18-19).

Na base histórica da formação do Brasil constam a subordinação, escravidão e a dependência a um mercado estrangeiro de economia desenvolvida. A economia brasileira se formou para atender os interesses de mercados externos. E o processo de escravidão influencia até a atualidade, principalmente no relacionamento entre capitalistas e trabalhadores.

Outro elemento importante da formação sócio-histórica do país que influencia no desenvolvimento e estruturação das políticas sociais é o processo do nascimento do capitalismo em território nacional. Historiadores revelam que a adaptação do Brasil ao capitalismo ocorreu lentamente, através da passagem da forma do trabalho escravo para o trabalho livre, na medida em que o trabalhador foi sendo admitido como empregado, nas unidades fundiárias, pela aristocracia agrária da época. Esse processo foi importante, visto que conectou a cultura conservadora, que marca a formação brasileira, com a cultura do progresso que foi trazida pelo capitalismo que surgia.

A transferência da Corte portuguesa para o Brasil em 1808 [...] constituiu praticamente a realização da nossa independência. Não resta a menor dúvida que ela viria, mais cedo ou mais tarde, mesmo sem a presença do Regente, depois rei de Portugal. Mas, também é certo que nossa condição de sede provisória da monarquia foi a causa última e imediata da independência [...] (PRADO JR., 1986, p. 42-43).

Na época do Brasil colônia, a vinda da família real para o Brasil e de um grande número de pessoas da corte portuguesa alterou a dinâmica política, social e cultura local, configurando-se como uma fase de desenvolvimento interno do país.

A vinda da família real deslocou definitivamente o eixo da vida administrativa da colônia para o Rio de Janeiro, mudando também a fisionomia da cidade. Entre outros aspectos, esboçou-se aí uma vida cultural. O acesso aos livros e a uma relativa circulação de ideias foram marcas distintivas do período. Em setembro de 1808, veio a público o primeiro jornal editado na colônia, abriram-se também teatros, bibliotecas, academias literárias e científicas, para atender aos requisitos da Corte e de uma população urbana em rápida expansão (FAUSTO, 1995, p. 125).

Em decorrência deste fato, ocorreu a formação de uma aristocracia nacional de base agrária cujos interesses econômicos estavam em torno das grandes propriedades rurais e do

trabalho escravo visando à exportação. A estrutura da agro-exportação predominava fortemente no Brasil, de modo que formou uma elite que exercia o poder autoritário, conservador e excluía a grande maioria da população dos processos de decisão política. Com o fim do pacto colonial do comércio exclusivo com Portugal, o Brasil abriu seus portos para comercializar com a Inglaterra e passou a ser mercado consumidor dos produtos ingleses industrializados. É importante destacar que a dependência econômica é uma característica marcante na formação sócio-histórica nacional.

A emancipação política do Brasil resultou do desenvolvimento econômico do país, incompatível com o regime de colônia que o peava, e que por conseguinte, sob sua pressão, tinha de ceder. Em outras palavras, é a superestrutura política do Brasil-Colônia que, já não correspondendo ao estado das forças produtivas e à infraestrutura econômica do país, se rompe, para dar lugar a outras formas mais adequadas, às novas condições econômicas e capazes de conter a sua evolução (PRADO JR., 1986, p. 47).

A independência do Brasil foi proclamada em 1822 e com ela institui-se o modelo político da monarquia. Esse período trouxe elementos revolucionários, que se embasaram no liberalismo, para a posterior formação do Estado nacional e da sociedade brasileira. Explicam Behring e Boschetti (2009, p. 75) que: “o Estado brasileiro nasceu sob o signo de forte ambiguidade entre um liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática no sentido da garantia de privilégios das classes dominantes”. É como se o Estado nacional se formasse para atender os interesses de uma classe dominante, sem se preocupar com a formação de um Estado comprometido com ideais de cidadania e garantias de direitos aos cidadãos.

A independência do Brasil também foi um marco que contribuiu para a expansão do mercado interno, mas que se estruturou voltado para fora, ou seja, para exportação de seus produtos. São criadas as condições para o desenvolvimento da burguesia em âmbito nacional e para a formação do capitalismo brasileiro.

A grande maioria dos países de origem colonial sofreu um desenvolvimento capitalista deformado e perverso. Muitos não lograram ter um desenvolvimento agrícola entrosado com o desenvolvimento urbano interno e poucos conseguiram um patamar de desenvolvimento industrial capaz de alimentar a formação de um proletariado industrial relativamente denso (FERNANDES, 2003, p. 107).

Em meados do século XIX, importantes transformações marcaram a sociedade e a economia, pois foi o momento do desenvolvimento industrial no país, além disso, ocorreu nesta época à abolição da escravidão, também as imigrações e a sistematização do trabalho assalariado. Foi um momento da urbanização e modernização do país. Surgiram ferroviárias,

estradas, bancos, surgiram transportes urbanos. Além das indústrias, o crescimento das cidades influenciou o surgimento de comércios, o desenvolvimento da comunicação e fomentou a política. O principal responsável por estas transformações foi o crescimento da produção do café, uma vez que as lavouras cafeeiras começaram a se expandir. É importante sinalizar que as cidades se desenvolveram para atender aos interesses da classe dominante, ou seja, a elite que adquiriu uma mentalidade empresarial moderna.

A questão da abolição do tráfico, que até fins do século XVIII fora universalmente admitido, figurava agora na ordem do dia de todos os países ocidentais. [...]. Também no Brasil encontrou a abolição partidários sinceros, se bem que em reduzido número [...]. O Brasil, que com a abertura dos portos em 1808 e o desaparecimento dos entraves que ao seu desenvolvimento opunha o regime de colônia, entrava num período de notável surto econômico, não podia dispensar o tráfico de escravos que era ainda a principal fonte de abastecimento de mão-de-obra nacional. [...]. Mas, para a Inglaterra, com sua já antiga e efetividade preensão a um direito iminente sobre Portugal e suas colônias ou ex-colônias, e que não podia permitir que elas contrariassem seus pontos de vista – o caso era outro. Todos os interesses britânicos aconselhavam a “humanitária” política de combater o comércio de Africanos. [...]. Apesar disto, continuou o tráfico normalmente [...]. Neste mesmo ano, o governo inglês, fez promulgar Bill Aberdeen, que sujeitava os navios brasileiros, traficantes de escravos, ao alto tribunal do Almirantado e a qualquer tribunal do Vice-Almirantado dentro dos domínios britânicos. [...]. A lei promulgada em 4 de setembro de 1850, seguida de outras providências e de enérgica atitude do ministro Eusébio de Queirós, estancou por completo, em meados de dois anos, o tráfico negro (PRADO JR., 1986, p. 81-82).

Nesse período, a Inglaterra exigiu que o Brasil extinguisse o tráfico negro. Assim abriu-se espaço para a imigração estrangeira trabalhar nos grandes latifúndios agrícolas, nos quais começou o sistema de parcerias. Por esse sistema, os fazendeiros custeavam a vinda dos trabalhadores imigrantes para as grandes plantações cafeeiras e em troca recebiam mudas de café, além dos excedentes dos gêneros cultivados. Todavia, como as marcas do escravismo ainda eram muito fortes, os imigrantes que trabalhavam nas fazendas começaram a serem tratados em regime de semi-escravidão, pois, muitos ficavam presos por dívidas que contraíam com os fazendeiros por seu sustento. Esse sistema fracassou e em seu lugar entrou o trabalho assalariado. Sendo assim, o desenvolvimento do café proporcionou a disponibilidade e o aumento da circulação de capitais. Esse fator aliado à extinção do tráfico de escravos negros ao aparecimento do trabalho assalariado contribuiu para que as indústrias se instalassem e pudessem se desenvolver no Brasil e com isso as relações assalariadas de produção. Entretanto, convém sinalizar que economicamente o alicerce do país era o modelo agroexportador, uma vez que o país ainda dependia do mercado externo para exportar seus produtos agrícolas, dentre os quais o café se destacou.

De acordo com Fausto (1995, p. 286): “as poucas fábricas que surgiram no Brasil, em meados do século XIX, destinavam-se principalmente a produzir tecidos de algodão de baixa qualidade, consumidos pela população pobre e pelos escravos”. O registro histórico do nascimento do setor industrial brasileiro consta que foi no século XIX, fato que proporcionou que uma nova classe social eclodisse em âmbito nacional: a classe operária, também chamada de classe proletária, que vivia em condições de miserabilidade, morando nas periferias da cidade, trabalhando em exaustivas jornadas de trabalho e recebendo baixas remunerações salariais. Nas fábricas trabalhavam homens, mulheres e crianças em jornadas de até 16 (dezesesseis) horas por dia. O proletariado vai começar a se organizar como movimento, para poder protestar por melhorias no modo de trabalho, na forma que eram tratados nas indústrias, além dos baixos salários e precárias condições de vida, para a criação de leis trabalhistas que lhes garantissem direitos a férias, a descanso e regulamentações contratuais.

A política social está relacionada à luta do movimento operário que se esforçou em defesa do reconhecimento dos direitos do trabalho, previdenciários e de cidadania. Diante disso, historicamente, ainda no século XIX, algumas medidas foram registradas, apesar de se constituírem como medidas frágeis de proteção social, conforme sinalizam Behring e Boschetti (2009, p. 79):

Até 1887, dois anos antes da proclamação da República no Brasil (1889), não se registra nenhuma legislação social. No ano de 1888, há a criação de uma caixa de socorro para a burocracia pública, inaugurando uma dinâmica categorial de instituição de direitos que será a tônica da proteção social brasileira até os anos 60 do século XX. Em 1889, os funcionários da Imprensa Nacional e os ferroviários conquistam o direito à pensão e a 15 dias de férias, o que irá se estender aos funcionários do Ministério da fazenda no ano seguinte.

Em 15 de novembro de 1889, ocorreu no Brasil a proclamação da República com a disputa de duas forças políticas pelo poder: fazendeiros do café *versus* exército. Esses dois segmentos da política tinham interesses divergentes: os fazendeiros do café buscavam atender interesses exclusivamente econômicos, visavam instaurar o regime republicano federativo para que as oligarquias agrárias dominantes pudessem controlar a economia. Já o exército, acreditava na ideia de ordem e progresso, buscava a instalação de um regime de ditadura do Poder Executivo, procurava se afirmar enquanto uma instituição de influência e respeito do país, também defendia o discurso de que desenvolveriam a ideologia messiânica de purificar a política nacional.

No ano de 1891, foi promulgada a primeira Constituição Republicana do Brasil, a qual foi inspirada na Constituição dos Estados Unidos da América.

Uma comissão de cinco pessoas foi encarregada de redigir um projeto de Constituição, submetido depois a profunda revisão por parte de Rui Barbosa. A seguir, encaminhou-se o projeto à apreciação da Assembléia Constituinte, que, após muitas discussões e algumas emendas, promulgou o texto em 24 de fevereiro de 1891. A primeira Constituição Republicana inspirou-se no modelo Norte-Americano, consagrando a República federativa liberal (FAUSTO, 1995, p. 249).

A constituição brasileira tinha a vertente democrática e liberal e os princípios defendidos eram: que o Estado-nação seria governado por um presidente (presidencialismo); que os representantes dos estados e do país seriam escolhidos pelo povo (a representatividade); e que os estados teriam a autonomia para governarem sem se sobrepor a soberania da União (federalismo). Por esta razão, esta Constituição instaurou o regime de governo da República Federativa Presidencialista, e nessa época, determinou que o país passaria a se chamar: Estados Unidos do Brasil. Assim, neste ano de 1891 foi eleito o primeiro presidente do Brasil, o Marechal Deodoro da Fonseca, porém este governo só durou alguns meses, assumindo posteriormente o seu vice-presidente, o militar Floriano Peixoto.

Em termos de políticas sociais e econômicas, o então presidente Floriano Peixoto, que governou de 1891 a 1894, promoveu medidas que foram favoráveis à classe burguesa que nascia no país, também à classe média e pobre, que habitavam as cidades urbanizadas. Esse governo veio fortalecer o setor industrial através de emissão de empréstimos e concessões de benefícios. Também aprovou a lei de construção de casas populares, estabilizou os preços dos alimentos e baixou o preço do aluguel das casas dos operários. Por estas concessões, este presidente tornou-se um ídolo do povo, fato que reafirma a concepção de que a política social no Brasil assumia caráter de favor, não sendo concebida como ideia de direito do cidadão.

O ano de 1894 é conhecido pela ascensão da oligarquia cafeeira à presidência, com a eleição de um representante da aristocracia do café, Prudente de Moraes, o qual era civil, proveniente do estado de São Paulo/Brasil. Porém, foi no governo de Campos Sales que foi estabelecida a política dos governadores e o coronelismo, que foram elementos essenciais para entender a cultura em que foram construídas e se desenvolveram as políticas sociais nacionais.

A política dos governadores configurou-se como uma troca de favores, em que o presidente da república e os governadores dos estados se apoiavam mutuamente como forma de se manterem no poder. Desta forma, o poder ficaria nas mãos das elites tradicionais. Essa política dos governadores se efetivava através da Comissão Verificadora de Poderes, a qual só reconhecia como vencedor das eleições e só empossava os deputados que estivessem ligados à oligarquia dominante. Essa era uma prática de fraude que tinha o apoio do presidente da

República, pois apoiando essa política dos governadores, o congresso nacional o apoiava na execução de sua política. A consequência desta troca de favores foi que a supremacia do poder político do Brasil ficou predominante e alternadamente nas mãos da oligarquia cafeeira dos estados de São Paulo e Minas Gerais. Essa predominância dos políticos de São Paulo e Minas Gerais no poder, que acontecia de modo alternado, ficou conhecida como a política do café-com-leite. “O ‘café-com-leite’ exprime a ideia de que uma aliança entre São Paulo e Minas, comandou, no período, a política nacional” (FAUSTO, 1995, p. 265). Portanto, até o ano de 1930 a maioria dos presidentes da República era advindo de São Paulo ou Minas Gerais, com uma pequena exceção.

Grande parte da população brasileira era desprovida de recurso e dependia da elite latifundiária para sobreviver. O voto das pessoas pertencentes das camadas populares era dominado pelo coronel, que eram os grandes latifundiários com poderes econômicos e políticos.

O autonomismo coronelista, com o respeito ao chefe local em troca do apoio incondicional ao chefe estadual. [...]. O coronelismo, nas suas expressões regionais — entre os extremos do coronel burocrata e o coronel autônomo —, na sua essência expressa o lastro governista do interior (FAORO, 2001, p. 764).

Dessa maneira, essas pessoas não tinham o direito de escolher em quem iriam querer votar, pois quem escolhia o candidato para estas pessoas votarem eram os coronéis, os quais eram as autoridades regionais-locais que negociavam o “apoio” que prestassem às autoridades políticas nacionais. Com o fim do voto censitário, ou seja, fim da restrição do direito de votar e adoção da universalidade do voto, aumentou o número de eleitores, entretanto, as grandes oligarquias controlavam a política e o sistema de votos, por meios das máquinas eleitorais e voto de cabresto, assim permaneciam no poder da política nacional.

Esses fatos são consequência de uma modernização trazida pela República, como foi o exemplo do voto universal, mas, em contrapartida a estrutura econômica e política do país ainda era baseada em um modelo antigo, com cultura do retrocesso, que visa atender a interesses próprios e ter o controle político concentrado nas mãos de uma pequena e poderosa elite agrária.

A denominação “República dos coronéis” refere-se aos coronéis da antiga Guarda Nacional, que eram em sua maioria proprietários rurais com base local de poder. A expressão pode expressar-se a equívocos porque se, de um lado, o fenômeno do coronelismo se associa a Primeira República, de outro seria errôneo dizer que a República “pertenceu” aos “coronéis”. [...] O coronelismo representou uma variante de uma relação sócio-política mais geral- o clientelismo-, existente tanto no campo como nas cidades. Essa relação resultava da desigualdade social, da impossibilidade de os cidadãos efetivarem os seus direitos, da precariedade ou inexistência de

serviços assistenciais do Estado [...]. Todas essas condições vinham da Colônia, mas a República criou condições para que os chefes políticos locais concentrassem maior soma de poder (FAUSTO, 1995, p. 263).

As pessoas do campo costumavam chamar de coronel, os chefes do poder político de suas regiões. Havia uma subdivisão, o pequeno coronel, este recebia essa denominação a depender do número de sua clientela e da quantidade de voto de cabrestos, ou seja, voto que conseguia controlar na região. Já o grande coronel seria aquele que exercesse um poder de influência maior para conseguir mais clientelas e votos de cabrestos. Para captar a clientela os coronéis prometiam, em troca dos votos conquistados, auxílios e favores pessoais, como por exemplo: dinheiro, remédios, terras para plantação, empregos, soltar pessoas presas pela polícia, auxílios para transportes, e outros mais benefícios que os eleitores recebiam em troca dos seus votos. Os coronéis também faziam uso de fraudes eleitorais, como no caso das chamadas eleição à bico de pena, esta se tratava dos nomes de eleitores já falecidos que eram utilizados para contar como voto nas urnas. Desse modo os coronéis forçavam as pessoas a votarem nos seus candidatos para que os mesmos fossem eleitos e, em decorrência disso, geralmente mantinham trocas de favores com os políticos do âmbito nacional. A compra de votos concedidos a classe dominante era entendida pela população pobre como favores e não como violação de direitos, pois o modo como os coronéis abordavam seus clientes mascarava as reais intenções, as quais não eram facilmente percebidas. Portanto, o voto da população era um meio de negociação entre o coronel e a população, o que comprometia o direito do cidadão eleger democraticamente o candidato que escolhesse.

O processo de modernização do país encontrou obstáculo no poder exercido pela aristocracia rural que impregnava as ações político-econômicas de práticas paternalistas e mandonistas, voltadas a tratar os trabalhadores livres como se fossem trabalhadores escravos. Esta situação contribuiu para que ocorresse um atraso na conscientização referente à ação política dos trabalhadores do Brasil, de modo que somente no início do século XX é que ocorreram as primeiras manifestações para enfrentar o conservadorismo das elites locais, as quais vão tratar com repressão policial as questões levantadas pelo operariado. Assim, o poder das oligarquias escravistas e conservadoras entrou em crise e, esse fato proporciona a instauração do poder burguês no país.

A partir dessas reflexões fundamentais sobre a formação social e histórica do Brasil, pode-se dizer que a política social do contexto brasileiro não se desenvolveu da mesma forma e acompanhando o mesmo tempo que as políticas sociais dos países de capitalismo desenvolvidos. Somente no século XX é que a questão social foi colocada no cenário

brasileiro como questão política, embora já existissem no país os elementos fundamentais que configurassem a referida questão. Esta apareceu no cenário do mundo do trabalho, através das lutas e reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e regulamentação de direitos.

As manifestações da classe trabalhadora foram responsáveis por propiciar, no âmbito brasileiro, o reconhecimento dos direitos sociais, pois muitos dos direitos assegurados em lei hoje foram resultantes das reivindicações dos movimentos dos trabalhadores. “Os primeiros movimentos sociais da classe operária se situam na República” (FAUSTO, 1995, p. 295). No embate entre as classes, a classe dominante se legitima concedendo direitos como se fossem favores. Desse modo, a compreensão da política social considerava a sua conexão com a luta de classes, também considerava o processo de escravidão que marcava as relações e estrutura do trabalho no Brasil e que as elites dominantes não proporcionaram, para a formação social do país, as garantias do desenvolvimento e viabilização dos direitos de cidadania. Assim, em termos de proteção social brasileira ocorreram algumas medidas pontuais e paleativas.

No início do século XX, através da influência dos princípios do anarquismo e socialismo europeu que adentraram no Brasil pela vinda dos imigrantes para trabalhar no país, surgiram os primeiros sindicatos dos setores agrícolas e rurais, os registros da ocorrência desses primeiros sindicatos brasileiros são do ano de 1903.

Em 1907 realiza-se o primeiro censo geral e completo das indústrias brasileiras. Serão encontrados 3.258 estabelecimentos industriais com 665.663\$000 de capital, e empregando 150.841 operários. Quanto à distribuição geográfica da indústria, 33% da produção cabia ao Distrito Federal (capital da República, a que se podem acrescentar os 7% do Estado do Rio de Janeiro, vizinho e formando geograficamente na mesma unidade); 16% a São Paulo e 15% ao Rio Grande do Sul (PRADO JR., 1998, p. 197).

Em 1907 a organização sindical foi regulamentada e passou a ser um direito. Assim, o movimento dos trabalhadores do Brasil se uniu cada vez mais, por meio da luta em torno de melhorias e redução da jornada de trabalho. Em 1911 houve o reconhecimento legal da jornada de trabalho para 12 horas diárias, porém como no Brasil ainda existia uma lacuna entre os direitos garantidos em lei e sua efetivação, essa lei não foi implementada. O ano de 1917 foi um marco fundamental com importantes repercussões para o movimento dos trabalhadores no período da história do Brasil conhecido como República Velha. O operariado já vinha se organizando e adquirindo consciência enquanto classe, assim, de forma mais consciente e organizada a classe operária iniciou um movimento de greve geral. A Revolução

Russa que ocorreu neste período e influenciou significativamente esse processo, contribuiu para fazer explodir o espírito revolucionário.

Outro acontecimento importante que ocorreu na história mundial e trouxe influências para o Brasil, foram as greves gerais que iniciaram no país ainda no contexto da primeira guerra mundial ocorrida no período entre 1914 a 1918. Assim, “a Grande Guerra de 1914-18 dará grande impulso à indústria brasileira” (PRADO JR., 1998, p. 198). Durante a ocorrência do conflito da primeira guerra mundial, o setor industrial cresceu no Brasil e aumentou o número de exportações de gêneros alimentícios para abastecer os países aliados em guerra.

Como consequência do crescimento vertiginoso das indústrias no Brasil e como decorrência das demandas no período da primeira guerra mundial, a classe operária cresceu e se fortaleceu no período da República Velha. Nesse momento as condições de vida e trabalho da classe operária eram de falta de dignidade, miserabilidade, opressão, de modo que se configuravam como uma classe excluída da sociedade brasileira da época. Os operários moravam em cortiços que abrigavam várias pessoas. Eram, portanto, locais superlotados, mal iluminados e pouco ventilados. Havia também as vilas operárias, em número reduzido, que eram construídas por alguns donos de fábricas e tinham condições de iluminação e higiene um pouco melhores que os cortiços, porém, os moradores das vilas operárias eram constantemente monitorados e regulados pelos patrões, de forma que não tinham liberdade de ação e mesmo após o trabalho precisavam cumprir as ordens dos patrões. Apesar das condições subumanas de vida, os trabalhadores desenvolviam laços de solidariedade (SILVA, 1992).

As condições de trabalho do operariado também eram aviltantes, o ambiente das fábricas era inóspito, sem higiene e segurança para os operários, que eram explorados em longas jornadas de trabalho, ao ponto de chegarem à exaustão, gerando em virtude disso, acidentes de trabalho. E nesses casos, também não havia assistência médica para os funcionários que constantemente adoeciam. O clima das fábricas era hostil e muitas mulheres e crianças que trabalhavam nelas eram vítimas de abusos e agressões e recebiam baixas remunerações que eram dadas de acordo com o querer do momento dos patrões, ou seja, não existia um valor fixado para o recebimento das remunerações salariais e tampouco existiam legislações trabalhistas voltadas para a regulamentação do trabalho nas fábricas. Além disso, o êxodo rural cresceu, uma vez que as pessoas sem condições de sobreviverem no campo vinham para as cidades, pois, devido à urbanização e a industrialização, o campo passou a ser um local sem produção da vida material e assim ocorreu muita migração da zona rural para a

urbana. Esse fato contribuiu para que crescesse o número de desempregados à espera de empregos. Como a oferta de mão de obra era alta para as indústrias, o valor das remunerações que os patrões pagavam aos funcionários ficava cada vez menor e estes ainda tinham que conviver com a insegurança de perder o emprego a qualquer momento.

As expressões da questão social eram crescentes na sociedade industrial brasileira. Também, a forma como estas expressões da questão social se desenvolveu no país não ocorreu de maneira diferente do quadro que se configurou em âmbito internacional. Conforme indicam Behring e Boschetti (2009, p. 104): “as expressões radicalizadas da questão social num Brasil recém-saído do escravismo começavam a ser enfrentadas na forma de greves e mobilizações e também por uma parca e inócua legislação social”. Diante disso, a luta da classe trabalhadora foi por dignidade, melhorias de vida do operariado, por reconhecimento dos direitos sociais e por cidadania, porém as expressões da questão social eram tratadas, nessa época com repressão policial. Os operários não tinham voz e nem vez na sociedade, e suas precárias condições de vida e trabalho eram tratadas como naturais. Aos poucos, o operariado foi percebendo que se unindo enquanto classe, organizando-se em movimentos e posteriormente em partidos, poderia enfrentar a ordem social vigente e alcançar melhorias e reconhecimento de direitos sociais.

Nesse contexto, a classe operária brasileira iniciou uma greve, no ano de 1917, que começou na cidade de São Paulo, mas depois se alastrou e se tornou uma greve geral. Dentre as reivindicações estavam o aumento salarial para um valor justo e condizente com o tempo de trabalho nas fábricas, redução da jornada de trabalho para oito horas diárias, melhorias no trabalho de mulheres e menores, legislação trabalhista, fixação de data para pontualidade no pagamento dos salários, segurança do trabalho, assistência médica. Para protestar os trabalhadores fecharam as fábricas e foram as ruas. Outros foram aderindo ao movimento dos trabalhadores, a greve se alastrou e foi reprimida com aparato policial. A burguesia industrial preocupada com os prejuízos ocasionados pela greve geral dos trabalhadores estimulou aos empresários atenderem algumas das reivindicações dos grevistas. Esse passo contribuiu para o reconhecimento das condições de vida e trabalho dos operários, os quais viviam em condições de miserabilidade, abusos e exploração. Em 1919, outra conquista da classe trabalhadora brasileira foi à regulamentação dos acidentes de trabalho.

Os anos 20 são, portanto, anos de crise, de instabilidade de recuo das oligarquias dominantes, que não vivem mais o auge do seu poder. Nestas condições a “questão social”, a temática operária, suas reivindicações, passam a ser vistas sob outra luz. [...]. Dar-lhes alguma resposta além da mera repressão. Os novos contestadores, por outro lado, passam a ver também na questão operária um elemento a considerar, na

medida em que, aspirando ao poder, precisam buscar alianças, precisam apresentar-se como portadores de um projeto para a sociedade mais amplo do que os seus estritos interesses corporativos. Nestas condições a “questão social” vem à luz dos debates na sociedade (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 47).

Segundo Faoro (2001, p. 782) “na madrugada de 5 de julho de 1922, governando Epitácio Pessoa e já eleito Artur Bernardes, os disparos do Forte de Copacabana anunciam o fim da República Velha”. Em 1922, foi fundado o Partido Comunista do Brasil, que foi referência no país como uma grande organização do movimento de esquerda. Dois anos antes, predominou entre o movimento operário nacional os princípios da corrente do anarcossindicalismo, que defendiam que os sindicatos seriam os responsáveis por lutarem por melhorias de condições de vida e trabalho, para tanto deveriam lutar contra o Estado para construir a emancipação social, formando assim uma nova sociedade. As ideias dessa corrente foram trazidas pelos imigrantes que vieram trabalhar no Brasil. Em 1922 ocorreu também a Semana de Arte Moderna que se configurou como um movimento político de contestação e manifestação, no qual, enfrentando a ordem social vigente, os artistas demonstraram que se preocupavam com a formação do país enquanto nação e questionaram através das artes a burguesia vigente.

“Os anos entre 1923 e 1930 correspondem àquilo que procuramos demarcar como correspondendo a um primeiro período da história da Previdência brasileira. [...]. Em janeiro de 1923 é promulgada a nossa já conhecida ‘Lei Eloy Chaves’” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 22-50). Assim, em 1923 foi instituída a Lei Eloy Chaves, a qual determinou a criação das Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAPs), entretanto, essas caixas de aposentadoria e pensão eram destinadas apenas para alguns trabalhadores, como por exemplo: os trabalhadores do ramo ferroviário, marítimo e para os demais trabalhadores envolvidos diretamente no ciclo da produção e circulação de mercadorias (BEHRING; BOSCHETTI, 2009). As CAPs tiveram importância no processo da formação da política social no Brasil, uma vez que se configuraram como as primeiras medidas de previdência social adotadas no Brasil.

Seria muito difícil prever, no início de 1929, que após a presidência relativamente tranquila de Washington Luís surgiria uma forte cisão entre as elites dos grandes Estados. Mais ainda, que essa cisão acabaria por levar ao fim da Primeira República. Os desentendimentos começaram quando, de forma surpreendente, Washington Luís insistiu na candidatura de um paulista à sua sucessão. Como se isso não bastasse, fechou questão em torno do governador de São Paulo, Júlio Prestes. [...]. Não devemos menosprezar um componente psicológico, mas ele não representa tudo. É provável que o presidente considerasse ser Júlio Prestes, na qualidade de líder da maioria no Congresso, garantir a aprovação do plano (FAUSTO, 1995, p. 319).

No final do ano de 1929 e início da década de 1930, foi o período no qual teve início a campanha para presidente que iria suceder o então chefe do governo Washington Luís, seguindo a escolha da política do café-com-leite esperava-se que o atual presidente, Washington Luís, indicasse outro candidato mineiro, mas, o referido gestor do Brasil, optou por romper com o ciclo de presidentes ligados à política do café-com-leite e indicou Júlio Prestes que era um paulista, ou seja, outro nome que estava fora do esperado pela política do café-com-leite, para substituí-lo como presidente. Foi assim que teve início o rompimento deste conchavo. Esse importante marco entrou para a história brasileira como: a revolução de 1930 no Brasil, representando assim, o fim do reinado do café e de sua burguesia que se firmou durante a primeira república como a classe hegemônica do país. Esse foi o declínio do ciclo vicioso dos oligarcas que centralizaram em suas mãos o poder político.

Diante desse cenário, o candidato que deveria, na lógica da política do café-com-leite, ser um mineiro indicado por Washington Luís, resolveu apoiar a candidatura à presidência de Getúlio Vargas. Então formou-se a Aliança Liberal que foi se opor à candidatura de Júlio Prestes. Foi quando o partido democrático resolveu apoiar a Aliança Liberal, cujas bandeiras de luta e defesa eram: defesa do voto secreto, defesa de redução da jornada de trabalho para oito horas diárias e regulamentação do trabalho de mulheres e menores, além da defesa pelo voto feminino, entre outros fatores. A Aliança Liberal com viés do liberalismo não ia de encontro às propostas defendidas pela classe dominante. Como resultado das eleições Júlio Prestes foi eleito. O resultado das eleições foi contestado e foi formulada a revolução. As camadas populares aderiram à revolução e as oligarquias dissidentes também, dentre estes os tenentes. O ponto chave para desencadear a revolução de 1930 foi quando João Pessoa, que era candidato a vice-presidente de Getúlio Vargas foi assassinado em decorrência de desavenças políticas. E assim teve início a revolução que se espalhou pelo país, sob a liderança de Getúlio Vargas que pretendia assumir a presidência. Porém, nesse cenário não houve batalha, pois uma junta formada por três militares expulsou Washington Luís da presidência, pretendendo permanecer em seu lugar, mas pressionados pela ameaça de uma batalha, renderam-se entregando o poder. Dessa forma, Getúlio Vargas, em novembro de 1930, assumiu a presidência do país. Com isso, chega ao fim a República das oligarquias, também chamada de República Velha. No lugar surgirá um novo tempo para a política brasileira: a era de Getúlio Vargas (SILVA, 1992).

O real sentido deste acontecimento histórico, qual seja, a revolução de 30 no Brasil, é que a crise de 1929-1932, ocorrida nos Estados Unidos da América, teve repercussões

mundiais e aqui no Brasil o impacto foi que a elite cafeeira entrou em um cenário de vulnerabilidade econômico e político-financeira, fato este que permitiu que outras oligarquias agrárias, que não encontravam-se alinhadas ao núcleo do poder político enxergassem nesse período o momento de diversificar a economia e alterar a estrutura de forças que prevaleciam no país. Por isso outras oligarquias de outros produtos que não tinham o destaque do café na economia, mas que também tinham importância atuaram neste momento, como por exemplo: as oligarquias do gado, do açúcar e da produção da carne (KUPPER; CHENSO, 1998).

O governo de Getúlio Vargas trouxe mudanças para o país. O então presidente da república estimulou o desenvolvimento do nacionalismo, a participação das camadas populares urbanas amparadas e dirigidas pelo Estado, o populismo e o domínio do Estado acima da sociedade. A gestão de Getúlio Vargas na presidência da República demonstrou que este instituiu um Estado de compromisso com o processo de modernização do país, na medida em que acolheu o setor social, conquistou o cenário político nacional e geriu as transformações sociais, econômicas e culturais por quais passava o país. O Estado então tornou-se mais forte, passando por meio de sua eficiência a se constituir como intervencionista, o que anos mais tarde culminou em uma ditadura do Estado Novo em 1937. Do ponto de vista do nacionalismo defendido por Vargas, houve a elevação da figura do Estado como a ordem social máxima, assim aumentou o poder de intervenção do Estado e fortaleceu a ideia de nação (SILVA, 1992).

Sobre a política econômica e social do governo de Getúlio Vargas, evidenciou-se que a crise mundial de 1929, conhecida como o *crash* da bolsa de valores de Nova Iorque, teve repercussões que impactaram a economia tanto dos grandes países de industrialização avançada, quanto nos países periféricos, como por exemplo, o Brasil que era dependente do capital estrangeiro. Esse fato marcou os países de economia capitalista do mundo, já que impactou, gerando consequências para os setores econômicos, políticos e sociais desses países. O Brasil, enquanto país periférico no sistema econômico capitalista e dependente dos mercados internacionais fornecia aos mercados estrangeiros matéria prima e produtos primários e agrários. O café, principal produto exportado, assim como outros produtos, a exemplo do cacau e do algodão, que eram destinados ao comércio internacional, sofreram os impactos e reduziram drasticamente as exportações, fato que atingiu a capacidade do Brasil de também importar produtos. Como forma de amenizar os prejuízos, os ricos proprietários de terras destinadas a produção agrícolas tiveram que vender suas terras e demitir grande parte

dos trabalhadores rurais, os quais migraram para as cidades em busca de empregos (KUPPER; CHENSO, 1998).

Esse foi o contexto no qual Getúlio Vargas iniciou a sua presidência. Diante disso, para salvar o Brasil das dificuldades econômico-financeira, o presidente Vargas iniciou a política de valorização do café que tinha como característica a intervenção do Estado na produção, que adotou a medida de comprar os produtos estocados e queimava, para não deixar o produto desvalorizar. Outra medida adotada nesse período, que também caracteriza a intervenção do Estado foi à compra das dívidas dos latifundiários cafeicultores que dariam em troca ao Estado uma parte da produção. Assim, a postura política de Vargas foi à da intervenção do Estado na economia (SILVA, 1992).

O modo como o presidente Getúlio Vargas conduziu a economia trouxe resultados satisfatórios. E foi com essa motivação que o então presidente, como forma de ampliar o capital e dinamizar a economia proporcionou, na década de 30 a industrialização do país. Nesse sentido, evidenciou-se a evolução do Brasil essencialmente de economia agrária para uma nova vertente: a industrial. Entretanto, o tipo de indústria que se desenvolveu no Brasil, a partir dos anos 1930 foi voltada para a produção de bens de consumo, que se destinou a substituir as importações a atender ao mercado interno. A burguesia industrial que nesse momento crescia, encontrava apoio do Estado que dirigia e intervia na economia. Desse modo a indústria se consolidou e proporcionou melhorias para economia do país, mas, apesar da industrialização, o Brasil não superou a dependência econômica, pois as indústrias que se desenvolveram em território nacional não tinham autonomia tecnológica.

A industrialização proporcionou que a classe operária ganhasse evidência no cenário social. Muitos trabalhadores reivindicavam melhorias nas condições de trabalho nas indústrias e isso ameaçava a burguesia industrial. A questão social continuava a ser entendida como questão que deveria ser enfrentada pela polícia. Nesse sentido, as elites industriais recorreram ao Estado para intervir no conflito capital *versus* trabalho. Foi assim que o presidente Getúlio Vargas implementou a política populista e de modo gradual foi restringindo a luta de classes. O populismo se configurou como uma política na qual o Estado vai regular a classe trabalhadora. Entre 1937 a 1945 foi o período conhecido historicamente como Estado Novo, um momento que Getúlio Vargas implantou um regime ditatorial no Brasil. Esse presidente teve como característica a centralização do poder, sendo marcante em sua gestão o controle e o autoritarismo.

Portanto, esse movimento histórico da política social no Brasil e no mundo influenciou significativamente para que na década de 1930, no âmbito nacional, a política de saúde começasse a ser estruturada. Conforme aborda o capítulo a seguir, a política de saúde foi também uma política social que surgiu e se desenvolveu no Brasil a partir da década de 1930. A partir da década de 1940, em especial após a 2ª guerra mundial em 1945, o cenário internacional passou por mudanças que levaram o capitalismo a se expandir, de modo que assim, este adentrou e se enraizou no Brasil. Então, nacionalmente, a partir de 1945, o processo de industrialização se desenvolveu de modo mais significativo resultando no aumento das demandas sociais e de saúde.

CAPÍTULO 2: POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo apresenta a trajetória histórica da política de saúde no Brasil e destaca o protagonismo da classe trabalhadora e os movimentos desenvolvidos por essa classe na perspectiva da luta em defesa dos direitos sociais. De modo específico reflete sobre as mudanças históricas que culminaram na Carta Magna, a qual assegurou a saúde como direito fundamental. E sobre os impactos da entrada do neoliberalismo no país, com rebatimentos nas políticas sociais, dentre as quais encontra-se a saúde.

2.1 A Política de Saúde Brasileira

A Política Nacional de Saúde passou a ser pensada e delineada no Brasil, a partir dos anos 1930. Esta década revela-se com características conjunturais, em especial, na esfera político-econômica, que proporcionou a emergência das políticas sociais, como medida de enfrentamento das expressões da questão social. A partir de 1930 as políticas sociais começaram a surgir no Brasil, em virtude da intervenção do Estado, da industrialização e das reivindicações por parte da classe operária. Nesse momento não bastavam tratar as manifestações dos trabalhadores como questões de polícia, pois isso já não era mais suficiente para calar a voz dos operários expostos às expressões da questão social que se multiplicavam a cada dia na sociedade brasileira.

Nos países pobres periféricos não existe o Welfare State nem um pleno Keynesianismo em política. Devido à profunda desigualdade de classes, as políticas sociais não são de acesso universal, decorrentes do fato da residência no país ou da cidadania. São políticas “categorais”, isto é, que têm como alvo certas categorias específicas da população, como trabalhadores (seguros), criança (alimentos, vacinas), desnutridos (distribuição de leite), certos tipos de doentes (hansenianos, por exemplo), através de programas criados a cada gestão governamental, segundo critérios clientelísticos e burocráticos (FALEIROS, 1986, p. 28).

“A partir de 1930, o Estado passou a intervir de forma cada vez mais decisiva no conjunto da economia, embora nem sempre sua ação estivesse norteadada por uma política de desenvolvimento” (KATO, 1973, p. 92). Antes de 1930 ⁷, não havia uma política de saúde estruturada para atender aos cidadãos e os cuidados ficavam a cargo da caridade da sociedade, em especial dos estabelecimentos filantrópicos de saúde. No Brasil os cuidados com os

⁷“São comuns na literatura de ciências sociais ou mesmo de história afirmações de que não havia intervenção do Estado no social antes de 1930, ou dos anos imediatamente anteriores. Em contraste com a historiografia européia, não há estudos anteriores. É como se o Estado tivesse surgido neste momento. Normalmente afirma-se que a Igreja era responsável pela assistência aos pobres e que ao Estado não interessava tal intervenção. Os marcos para a intervenção do Estado são normalmente a lei de acidentes de trabalho em 1919 e a lei Eloy Chaves, que estabelece aposentadoria para ferroviários em 1923” (TOMASCHEWSKI, 2014, p. 36-37).

necessitados, conforme explicou Sanglard (2005), coube primeiro a igreja e depois coube ao Estado, o qual assumiu a responsabilidade viabilizando ações e discussões com pauta na agenda política do país. Isso foi o que ocorreu com a política de saúde constituída no cenário nacional a partir de 1930, com Getúlio Vargas na presidência. Porém, nesse período as políticas sociais caracterizavam-se por,

um alto grau de centralização, [...]; acentuadamente privatizado, com parcela significativa dos serviços sendo prestada pelo setor privado — lucrativo e/ou filantrópico; discriminatório e injusto, porque nível de renda e/ou inserção no mercado de trabalho acabam por se transformarem, na prática, no principal critério de acesso aos benefícios e serviços prestados; com fontes instáveis de financiamento, provenientes de recursos fiscais e tributários complementados por outros de variada natureza, compondo um conjunto desarticulado e fragmentado, além de variável quanto à sua vinculação ou não a gastos específicos; entre outros (COHN, 1995, p. 2 - 3).

No campo da saúde, as políticas sociais dessa época alinhavam-se a vertente tradicional da filantropia e se caracterizavam como fragmentadas e destinadas a suprir funções específicas de maneira pontual, naturalizando os problemas ao resolver as demandas de modo pragmático.

A intervenção do Estado nas expressões da questão social surgiu especialmente quando a dinâmica do capital industrial começou a se desenvolver, o fenômeno da urbanização se concretizou e a classe de assalariados vivenciou a precarização das condições de vida. Nesse sentido, as condições eram de escassez e debilidade nas áreas de moradia, de alimentação, de higiene e saneamento básico, fatores que comprometiam a saúde da população.

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das conseqüências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. Isso porque as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social (OUVERNEY; FLEURY, 2008, p. 1).

A saúde passou a ser pauta da agenda política nacional, além de ser uma das áreas alcançadas pela vertente modernizadora que ocorria no país, nesta época. O presidente Getúlio Vargas, focado em ampliar a atuação e construir um Estado de compromisso, interferiu desenvolvendo também ações na esfera da saúde. Nesta perspectiva, indicam Behring e Boschetti (2009, p. 107) que “em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, bem como o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Consultivo do Ensino Comercial”. Assim, no âmbito da saúde pública, o período de 1930 foi marcado por

campanhas sanitárias. “A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em duas subdivisões: a da saúde pública e a da medicina previdenciária” (BRAVO, 2009, p. 1). Em 1932, o Brasil fez um acordo com a Fundação Rockefeller, uma empresa dos Estados Unidos da América, para auxiliar nas campanhas de saúde pública. Em 1937, o Departamento Nacional de Saúde coordenou os serviços nos estados brasileiros. E neste mesmo ano, devido ao grande número de pessoas advindas através do êxodo rural para as cidades, ocorreram ações de combate a endemias tanto na zona rural como na urbana. Assim foi criado o Serviço Nacional de Febre Amarela, ainda no ano de 1937. E no ano de 1939, o Serviço Nacional de Malária do Nordeste.

“Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões: o dos Marítimos (IAPM)” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 68). A criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e a medicina previdenciária configuraram-se como estratégia governamental para atender às reivindicações da classe trabalhadora, por isso, alcançou a maior parte de categorias de trabalhadores, especialmente do setor urbano. Os IAPs foram uma derivação das Caixas de Aposentadoria de Pensões (CAPs), regulamentadas por meio da Lei Eloy Chaves, no ano de 1923. As CAPs eram estruturadas para empresas ou por categorias de funcionários e, através de um regime de capitalização, a contribuição dos trabalhadores era acumulada em contas bancárias para formar uma espécie de poupança ou reservas que seriam utilizadas quando um dos seus filiados necessitasse ou no momento da aposentadoria. Essa poupança realizada pelas CAPs era destinada ao benefício do trabalhador. Entretanto, havia um número reduzido de contribuintes e ocorriam fraudes na esfera da concessão dos benefícios aos filiados, fato que fragilizou esse modelo de benefícios aos trabalhadores. As CAPs além de conceder aos seus beneficiários a vertente da previdência, oferecia também medicamentos e atenção à saúde, por meio de assistência médica. Contudo, como as CAPs foram organizadas por empresas ou categoria de funcionários por empresa, cada local possuía um tipo de regulamento e só se defendia o interesse daquela categoria. Isso resultou em uma fragmentação dos anseios e lutas por parte da classe trabalhadora.

Quando o presidente Getúlio Vargas em 1930 assumiu o poder, o Brasil enfrentava a crise do mercado internacional que atingiu o comércio externo da comercialização do café. Além disso, o país passava por um momento de intensificação do processo de industrialização, o que desencadeou a migração de pessoas do campo para trabalhar nas cidades, assim surgiu à classe urbana de trabalhadores assalariados. Essa nova classe passou a entrar em conflito com a classe burguesa devido as suas vidas serem tratadas com descaso,

além de serem explorados até as últimas forças para garantir a riqueza dos donos dos meios de produção e a manutenção do sistema capitalista no país. Foi nesse contexto que o poder público começou a assumir a responsabilidade das demandas apresentadas pela classe operária, responsabilizando-se pela proteção social dos trabalhadores. Nesse contexto, foi fundado o Ministério do Trabalho e posteriormente as CAPs vão ser substituídas pelos IAPs, os quais têm uma abrangência maior do que as anteriores na cobertura dos benefícios que passou a congrega os trabalhadores que exerciam um mesmo ofício ou atividade profissional em território nacional.

A primeira instituição desse tipo, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos – IAPM surgiu em 1933 e destinava-se a agregar as CAPs dos marítimos. Ao longo da década, foram criados outros institutos para as categorias dos comerciários (1934), bancários (1935), industriários (1938) e os empregados em transportes e cargas (1938) (BATICH, 2004, p. 34).

Desse modo, historicamente, o primeiro IAP foi voltado para a categoria dos marítimos e surgiu em 1933. No ano de 1934 também surgiu na categoria dos comerciários e, no ano seguinte, no ramo dos bancários. Então, foi de modo gradativo que surgiram os IAPs para as outras categorias de profissionais. Assim, “a legislação do período, que se inicia em 30, procurou demarcar a diferença entre ‘previdência’ e ‘assistência social’, que antes não havia” (BRAVO, 2009, p. 90). É possível constatar, desta forma, que a previdência deixa de ser responsabilidade das CAPs, passando o Estado a assumir a administração previdenciária, pois as CAPs eram organizadas pelas empresas e os IAPs foram estratégias utilizadas pelo Estado que passou a gerenciar estas instituições previdenciárias. O Estado passa então a se organizar para custear e gerir a questão da previdência utilizando-se de mecanismos de arrecadação através de impostos. Os recursos, nesse momento, só eram crescentes, uma vez que nenhum trabalhador precisava se aposentar naquele momento inicial da indústria, fato que possibilitou um quantitativo de saldo positivo, em termos de recursos e reservas financeiras para o governo brasileiro. Nesse sentido, o contexto do Estado assumir a previdência dos trabalhadores do Brasil trouxe vantagens econômicas e sociais, pois os recursos passaram a ser investidos por parte do governo no desenvolvimento nacional.

É importante enfatizar que o Brasil começou a formular a política de saúde a partir dos anos 1930, intensificando a intervenção do Estado na questão da saúde pública durante todo o período histórico do Estado Novo. Conforme Batich (2004, p. 34) inicia-se assim, por parte do Estado, “um processo de interferência nas relações trabalhistas, de forma a conciliar conflitos entre capital e trabalho”. Até então os serviços de saúde, prestados à população,

tinham uma prioridade secundária, pois serviam mais para conter as reivindicações e acalmar os ânimos da classe trabalhadora, atendendo pontualmente algumas das suas exigências. Entretanto, com o passar do tempo, as ações de saúde para a população foram sendo assumidas e administradas pelo governo brasileiro, pois tornou-se uma preocupação constante, à medida que foi-se adquirindo a consciência de que a ascensão econômica de um país estava ligada, dentre outros fatores, à questão da saúde dos cidadãos. Em 1938 foi inaugurado o “Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE)” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 72).

Nesta perspectiva, em 1941, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi: “Defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância e adolescência” (BRASIL, 2016). E nesse mesmo ano, o Departamento Nacional de Saúde passou a acolher e reunir todas as ações de saúde que se destinavam a combater as endemias no país, com isso assumiu a formação dos profissionais que trabalhavam nesta área. Também no ano de 1941 foi instituído o decreto-lei nº 3.672, o qual regulou sobre o combate à malária. No ano de 1942 foi instituído o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). E em 1948 foi criado o primeiro Conselho de Saúde do país. Ainda em 1948, o governo do general Eurico Gaspar Dutra instituiu o Plano Salte, visando por meio deste plano controlar a inflação e gerenciar os gastos públicos. As metas deste Plano Salte foram as de investir nas áreas da saúde, alimentação, transporte e energia. Porém este plano governamental fracassou devido à escassez de recursos para administrar essas áreas.

Em 7 de maio de 1945 era promulgado o decreto-lei n. 7526 (“Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil”), através do qual se pretendia unificar a Previdência brasileira, substituindo os diversos IAPs por um “Instituto de Serviços Sociais do Brasil” (ISSB, art. 16). Essa iniciativa terminou por não ser levada a cabo, dada a queda de Vargas e as dificuldades que o período seguinte enfrentou em promover tal unificação [...]. Em relação à assistência médica, note-se que o ISSB teria como atribuição desenvolver “serviços de previdência e assistência social” (art. 1º). E esta última era definida como “as formas necessárias de assistência médico-hospitalar preventivas ou curativas [...]. Modificou-se, sem dúvida, a concepção do que deva ser a Previdência Social e o papel que deve caber, dentro dela, à assistência médica (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 157).

Em relação à assistência à saúde, em 1949 foi instituído o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Esta instituição trouxe inovações na área da saúde do país, à medida que através dela iniciou-se o período de atendimento domiciliar por parte dos médicos, esse fato era inédito na área de saúde pública, pois os atendimentos médicos domiciliares eram realizados somente na área privada. A outra inovação trazida pela SAMDU foi que o tratamento de casos clínicos considerados como graves passaram a ter prioridade no

atendimento. Neste período criou-se convênios que permitiram que o SESP se expandisse para outras regiões do Brasil.

O ano de 1950 trará para o Brasil um saldo comercial vultoso, cerca de US\$300 milhões, reequilibrando-se em consequência as contas externas do país. Essa situação coincide com o início do novo governo do Presidente Getúlio Vargas (empossado em 31 de janeiro de 1951), que se aproveitará dela para lançar um programa de fomento da atividade industrial. Abrem-se as comportas para a importação de equipamentos industriais, matérias-primas e semi-processadas, embora sem plano de conjunto e cuidadosa discriminação como se faria mister, não fossem os objetivos imediatistas e essenciais dessa política, como realmente foram, de tão-somente favorecer interesses financeiros privados. E na previsão de uma nova guerra (de que a guerra fria desencadeada pelos Estados Unidos e o conflito da Coreia pareciam constituir um prenúncio) acumularam-se grandes estoques (PRADO JR., 1998, p. 234).

Em 1950 aconteceu no Brasil a II Conferência Nacional de Saúde, com o tema: “Higiene e segurança do trabalho e prevenção da saúde a trabalhadores e gestantes” (BRASIL, 2016). O cenário político foi marcado pelo retorno de Getúlio Vargas à presidência do Brasil, em 1951. Como medida governamental, Vargas estimulou a industrialização brasileira que teve um forte desenvolvimento e ativou o nacionalismo econômico. Em 1953 foi inaugurado o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). A criação desse Ministério foi autorizada pela Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953. Foi nesse período que ocorreram melhorias nas condições sanitárias e a Política Nacional de Saúde se consolidou. Porém, apesar dos avanços, a situação de saúde da população brasileira ainda exigia cuidados, especialmente com as doenças que se alastravam em decorrência de epidemias e parasitas. Outro fato de destaque neste momento foi a Lei de nº 2.312, sancionada em 03 de setembro de 1954. O artigo 1º desta legislação constava que: “é dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo”. Posteriormente esta normativa foi revogada pela Lei de nº 8080/1990, que veio para reger o Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda nessa década, a estrutura de saúde era ligada à área da previdência, sendo fornecida pelos IAPs.

O cenário político do Brasil entre os anos 1956 a 1961 foi marcado pela presidência de Juscelino Kubitschek. Essa fase registrou a estabilidade política e o desenvolvimento industrial que resultou em progresso econômico para o país. No governo de Kubitschek, o poder das forças armadas interferiu nas decisões do Estado, uma vez que esta gestão realizou uma aliança com os militares. Assim, as forças armadas integraram a burocracia estatal. Também estimulou a política de crescimento industrial e apoiou a burguesia industrialista. Estimulou ainda o nacionalismo, criando o Instituto Superior de Estudos Brasileiros (IESB). Através deste órgão, os problemas brasileiros foram refletidos e pesquisados em nível

científico, tendo como objetivo estimular o desenvolvimento do país. “Nesse sentido, o país cresceu e expandiu suas indústrias, consolidando a fase brasileira da Revolução Industrial que foi iniciada no governo de Vargas” (SILVA, 1992, p. 276).

Na gestão de Juscelino, o Estado se responsabilizou pelo crescimento econômico nacional e segundo explicou Viceconti (1977, p. 33) “o sentido da industrialização brasileira foi o de expansão acelerada das indústrias de bens de consumo duráveis e de bens de capital, particularmente nas fases de expansão 1957-62 e 1967-72”. A existência destes tipos de indústrias no país foi proporcionada pela abertura econômica ao capital internacional, através da realização de empréstimos externos que proporcionaram a importação dos equipamentos para a instalação desses ramos industriais no Brasil. Essa medida, realizada pelo então presidente da República, visou estimular o desenvolvimento nacional, através do chamado Plano de Metas. Através do referido Plano, também chamado de Programa de Metas, foram elaboradas propostas para desenvolver o Brasil, por meio de investimentos em cinco áreas governamentais: alimentação, educação, energia, indústrias e transportes. Estas metas deveriam ser cumpridas dentro dos cinco anos do período da gestão de Juscelino Kubitschek, para fazer cumprir o lema da campanha política desse presidente, que prometeu fazer o Brasil crescer cinquenta anos em cinco (SILVA, 1992). É válido enfatizar que a época na qual Juscelino assume o governo brasileiro, encontrava-se acontecendo mundialmente o momento de investimentos, por parte do capitalismo monopolista para que os países subdesenvolvidos se industrializassem, em troca de vantagens econômicas e visando também a manutenção destes países na condição de país subdesenvolvido, à medida que o crescimento econômico dependia do investimento e do mercado estrangeiro, pois os países subdesenvolvidos não apresentavam mercado consumidor apto para movimentar a economia interna. Este foi o caso que ocorreu no Brasil, que construiu o seu crescimento econômico, conforme a idealização de Juscelino Kubitschek, em base de empréstimos e investimentos estrangeiros, além de emissão de moedas que ocorreu, principalmente, em decorrência da construção da cidade de Brasília.

Essa situação, portanto, não ocasionou, neste período, um desenvolvimento da economia brasileira, mas sim, estimulou a expansão econômica e trouxe como consequência o empobrecimento da população, que foi onerada e explorada em decorrência do crescimento da dívida externa. Outra consequência foi o aumento inflacionário dos produtos, o que implicou na fragilização do mercado consumidor nacional, pois reduziu o poder de compra da classe trabalhadora assalariada. Em contrapartida, a vantagem desse momento de expansão industrial por qual passava o país foi a ocorrência de uma mudança no perfil das indústrias nacionais,

que deixaram de ser estritamente de produção de bens de consumo e passaram a abrir espaço e conviver com as indústrias de produção de bens de capital e de bens de consumo duráveis. Se destacaram, neste cenário, a indústria automobilística, a indústria siderúrgica, petroquímica, metalúrgica. Diante disso, a urbanização foi estimulada ainda mais e o êxodo rural continuava crescente, pois as pessoas do campo migravam para as cidades em busca de empregos, o que aumentava o número de pessoas que se concentravam na zona urbana e conseqüentemente havia também o aumento da demanda por empregos, habitação, saneamento e saúde.

Em 1960, finalmente, será promulgada a LOPS que, uniformizando “por cima” (isto é, no padrão dos melhores IAPs) os direitos dos segurados de todos os Institutos, significará um golpe final no modelo contencionista e “de capitalização” que dominara o período anterior a este (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 155).

Em 1960, o presidente Juscelino Kubitschek autorizou a instituição da Lei nº 3.807, que recebeu o nome de Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Esta antes de ser sancionada foi bastante debatida no nível político, uma vez que veio para unificar o regime geral de previdência social e por isso, sofreu antes da sua aprovação, resistências políticas, principalmente por parte dos movimentos dos trabalhadores, por esta medida significar para estes a redução de direitos já adquiridos ao longo da história da categoria. Esta lei também se destinava a atender somente as pessoas que trabalhavam em regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e excluía, conforme artigo 3º desta lei, do regime da Previdência Social:

Art. 3º São excluídos do regime desta lei: I - os servidores civis e militares da União, dos Estados, dos Municípios, dos Territórios e do Distrito Federal, bem como os das respectivas autarquias, que estejam sujeitos a regimes próprios de previdência, salvo se forem contribuintes da Previdência Social Urbana; II - os trabalhadores rurais, assim definidos na forma da legislação própria (BRASIL, 1960).

Em 1961, foi estabelecido o Código Nacional de Saúde, o qual foi regulamentado pelo Decreto-Lei nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961. Nesse período quem assumiu a presidência do Brasil foi o político Jânio Quadros, que buscou colocar em prática suas propostas de campanha: a política antiinflacionária e a política externa independente. A presidência anterior deixou um saldo negativo que teve como resultado uma profunda crise financeira, com uma elevada inflação e uma crescente dívida externa. Diante deste cenário, como forma de enfrentamento, o novo presidente, Jânio Quadros, adotou a medida de enfrentar a inflação através do congelamento dos salários e por meio de uma política cambial que desvalorizava a moeda como forma de fomentar as importações para acumular moedas

estrangeiras e assim diminuir o débito da dívida brasileira. A maior preocupação de Jânio Quadros era em recuperar a confiança financeira no âmbito internacional. Porém, internamente, a sua severa política econômica agravava a situação dos pequenos empresários e da classe trabalhadora, que compunham a população que o elegeu ao poder, de forma que estes passaram a protestar, em especial o operariado que fez manifestações contra o congelamento dos salários e os altos índices de inflação dos produtos.

Após a renúncia de Jânio Quadros quem assumiu a presidência do Brasil foi o seu vice, João Goulart, também conhecido como Jango. Esse governo implantou o chamado Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social, que tinha como proposta estimular o crescimento da taxa da renda nacional, de forma a melhorá-la para que fosse compatível com a expectativa e condições de vida do povo brasileiro e também trazia a proposta de reduzir a inflação. Porém para colocar em prática as medidas do Plano Trienal, o presidente Jango, precisava do apoio da classe operária contra a burguesia conservadora. Ocorre que na medida em que esse Plano pregava o crescimento econômico e social, com o combate à inflação, as medidas oneravam a classe trabalhadora. Assim, o plano gerou como consequência o aumento inflacionário dos custos de produção e reprodução da vida em sociedade, de modo que toda vez que a inflação aumentava, a classe proletária se unia e protestava com greves e manifestações lutando por aumento dos salários, que por sua vez eram neutralizados pelo aumento e inflação dos custos de vida em sociedade. Isso desencadeou um período de luta sindical e união dos trabalhadores para protestar por esta situação (SILVA, 1992).

Depois do Plano Trienal, João Goulart pôs em prática as Reformas de Base que foram pensadas para realizar reformas estruturais em diversos setores de base do país, como por exemplo: na área da educação, na área fiscal e na área tributária, a fim de possibilitar a superação da condição de subdesenvolvimento do país. Mas, a intenção de João Goulart era concretizar a reforma agrária, conceder o acesso da população rural às terras (KUPPER; CHENSO, 1998).

O momento era de agitação, tanto por parte da classe trabalhadora rural, como por parte da classe trabalhadora urbana. Neste período cresceram os manifestos de populares que expuseram suas insatisfações, provocando agitações da classe operária, da classe camponesa e de patentes baixas das forças armadas, as quais lutavam essencialmente por melhorias nas condições de vida e de trabalho, por reforma agrária, por saúde, alimentação, moradia, saneamento básico. Enfim, a dita esquerda política exigia que as promessas das reformas de base fossem concretizadas. E isso se constituía em uma ameaça à burguesia e aos grandes

proprietários rurais que não queriam perder suas riquezas e privilégios. Desse modo estas classes eram divergentes na defesa dos seus interesses, porém ambas estavam descontentes com o presidente João Goulart que não conseguiu cumprir os compromissos assumidos. Internacionalmente, Jango se indispôs com os Estados Unidos, quando tentou nacionalizar empresas americanas e restringiu os lucros para os americanos.

O ano de 1964 foi marcado pelo regime da ditadura militar que se caracterizou por desenvolver um estilo de política centralizadora e repressiva.

A ditadura militar significou, para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, [...] (BRAVO, 2009, p. 92).

A partir de 1964 o projeto privatista de saúde se fortaleceu e acentuou o setor privado. Esse foi o período no qual o governo ditatorial assumiu o poder com uma perspectiva conservadora e modernizante, expandindo o processo de industrialização, também as políticas sociais. Em decorrência disso ocorreu à expansão da medicina previdenciária e o fortalecimento do projeto privatista de saúde, com critérios de acesso aos benefícios de saúde restritos a quem podia pagar e a quem trabalhava. Esse modelo centralizava a figura do médico destacando sua importância pela obtenção do lucro com a saúde no sistema previdenciário. Na lógica desse modelo médico-privatista ou previdenciário, o Estado transferiu a responsabilidade com a assistência à saúde da população para a previdência, que estava destinado àqueles trabalhadores contribuintes. Desse modo, a parcela da população que não trabalhava e não contribuía para a previdência, formada por grande parte da sociedade, ficava aos cuidados dos serviços prestados pelas instituições filantrópicas que eram subsidiadas pelo Ministério da Saúde, como mais uma forma de transferir a responsabilidade para as ações de caridade que destinavam-se a população necessitada, a qual não estava incluída no perfil da assistência do modelo privatista previdenciário por não poder arcar com um atendimento médico individual. Também devido ao apoio dado pelo governo militar houve uma expansão da indústria farmacêutica vinculada às ações dos médicos e hospitais.

Neste contexto, é importante destacar que no ano de 1967 foi elaborada uma nova Constituição, a qual serviu para dar legitimidade às ações realizadas através dos atos institucionais (A.I.) que foram decretados no país, pelo regime militar. A política ditatorial desenvolveu uma linha de gestão autoritária, torturadora e repressora. Foi um estilo de política

para impor o medo e para que as ordens das autoridades ditatoriais fossem cumpridas. Assim disse Silva (1992, p. 303): “o aparelho repressor montado pelo Estado após 1964, que amordaçava os sindicatos, proibia as greves e determinava que o governo federal competia legislar sobre reajustes salariais, impedia qualquer manifestação da classe trabalhadora”.

Entre os anos 1968 a 1973, ocorreu o chamado milagre econômico brasileiro. A economia do país, nesse período, foi recuperada, pois encontrava-se em situação crítica. O milagre econômico estabilizou a inflação e os déficits com os gastos e dívidas públicas. Quem estava no comando do Ministério da Fazenda era Delfim Neto, que tinha como meta tornar o Brasil uma potência econômica. Assim, o Brasil recuperou a imagem no mercado internacional, equilibrou a inflação, atraiu investidores e parcerias financeiras estrangeiras, aumentou significativamente o número de exportações, o que contribuiu para internacionalizar a economia, além disso, fez prosperar as indústrias nacionais e permitiu a acumulação de riquezas. Nesse momento, às indústrias de automóveis e eletrodomésticos se desenvolveram de modo mais intenso. Por isso, a economia cresceu de maneira inédita na história do Brasil. Porém, os governos dos militares reprimiam com violência todo o tipo de protesto ou manifestação que criticasse esse novo modelo político-econômico. E como contradição a toda prosperidade econômica, o país vivenciou um período de aprofundamento da desigualdade social, pois a prosperidade financeira do país ficou para ser usufruída por uma minoria que detinha o poder e isso não permitiu que a prosperidade alcançasse também a classe trabalhadora brasileira (KUPPER; CHENSO, 1998).

Em termos de política social, a conjuntura da ditadura militar trouxe à tona um regime rigoroso de censuras, tortura, repressão às liberdades democráticas. Todavia, o setor das políticas sociais se desenvolveu, passou por um regime de modernização e se expandiu. Observou-se nesse período que “a unificação, uniformização e centralização da Previdência Social no Instituto Nacional de Previdência Social, que passa a ser tratada como questão técnica e atuarial” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 136). O milagre econômico entrou em colapso e começou a declinar no início da década de 1970, que foi o “momento em que os países produtores e exportadores de petróleo resolveram triplicar o preço do produto” (SILVA, 1992, p. 306). Esse fato aumentou os índices do déficit inflacionário e fez com que uma crise se instaurasse no país. Assim, vieram para o cenário político brasileiro a luta dos movimentos sociais e sociedade civil em favor da redemocratização. Com relação à Política de Saúde, o contexto foi o de moldar a Saúde Pública e o setor previdenciário ao regime capitalista, por isso, um fato que se destacou neste período foi à imposição da medicalização

através do desenvolvimento de práticas de ações curativas. E como consequência desse momento ocorreu uma expansão da medicina previdenciária, uma vez que a política de saúde estava vinculada à Previdência desenvolvendo, em âmbito privado, ações de modelo curativo. Também foi um momento em que o movimento sanitário começou a ser gestado (BRAVO, 2009).

No início dos anos 1970 a Previdência Social sinalizou que estava entrando em crise e os principais fatores desencadeadores desse processo foram: o aumento da inflação, aumento dos gastos com os equipamentos das indústrias e compra de matéria-prima. Também foi devido ao crescimento do número de fraudes e da corrupção com a previdência. Portanto, o Brasil que era um país dependente de capital externo passou a viver uma fase na qual o milagre econômico começou a retroceder e o país estagnou em seu crescimento. Isso ocasionou uma estagnação na arrecadação de impostos e consequentemente de recursos para a previdência social.

2.2 Do Movimento da Reforma Sanitária a Construção do SUS

No Brasil, entre meados dos anos 1970 surgiram instituições que se dedicaram aos estudos sobre a questão da saúde. Essas instituições se empenharam em estudar novos caminhos para compreensão da saúde para além do processo saúde-doença, pois nesse período já havia a compreensão da saúde como resultante da esfera social. O cenário mundial, nessa época, também vivenciou experiências de ampliação do entendimento e de prestação da assistência da saúde aos cidadãos, as quais inspiraram o Brasil a se dedicar aos estudos e a construção de conhecimentos na área da saúde pública e na prestação de um modelo de assistência a saúde que alcançasse a todos os cidadãos de maneira equânime.

Nesse contexto de ditadura militar se destacou o papel importante que a universidade desempenhou no Brasil no sentido do enfrentamento do autoritarismo, o qual apoiava o projeto mercadológico da medicina estritamente curativa que privilegiava a doença. Até então, no âmbito científico havia a predominância de conhecimentos transmitidos pelas tradicionais escolas médicas que pregavam a prestação de saúde como sendo limitada aos procedimentos técnicos de auxílio na cura das doenças. Este era, portanto, um conhecimento restritivo. Contudo, no interior das escolas médicas surgiram, amparados nos movimentos em favor da reforma sanitária no contexto internacional, concepções de que as questões de saúde eram questões para serem estudadas também pelas Ciências Sociais.

E esse estigma de insanidade, por buscar a contaminação do entendimento das questões técnicas da saúde pelas ciências sociais suscita uma notável capacidade de

reação ao saber dominante, mas não exige esse esforço dos riscos inerentes à condição que marca grande parte da produção na área: a de ter nascido e se constituído como um saber militante (COHN, 1989, p. 124).

Uma nova concepção emergiu no interior das universidades brasileiras com os nascimentos dos Departamentos de Medicina Social ou Departamentos de Medicina Preventiva, sendo desde o início desafiados a enfrentar o saber tradicional ensinado sobre saúde pelas escolas médicas. As universidades brasileiras ganharam destaque na produção do conhecimento sobre saúde, de modo que a reforma sanitária brasileira começou, conforme Cohn (1989, p. 125) a ser “objeto de estudo de vários pesquisadores da área da Medicina Social, que a partir de fins dos anos 70 passou a ser denominada, no Brasil, Saúde Coletiva”. Como decorrência disso, fruto de movimentos sociais que começaram a vigorar dentro das universidades de medicina, também entre os movimentos de médicos que militaram na defesa da saúde pública, foi que no ano de 1976 criou-se no Brasil o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e por conseguinte, no ano de 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Essas instituições contribuíram para a intensificação dos estudos na área da saúde coletiva, para associar profissionais que compartilhavam das mesmas linhas ideológicas sobre o tema e para difundir o conhecimento sobre a saúde com resultante de um processo social e histórico da estruturação da sociedade e sua intensa ligação com as demandas sociais do país.

Nessa época, movimentos sociais de internos e residentes médicos buscaram alianças e articulações com outros movimentos sociais, procurando estabelecer estratégias comuns de questionamento e mudança das políticas sociais do regime. A corporação médica, por sua vez, descontente com o que qualificava como um processo de massificação da consulta nas instituições públicas, começou a denunciar a má qualidade dos serviços médicos prestados à população. Os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final dos anos 70 e o início dos anos 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, centrada na questão da saúde e da política de saúde (LUZ, 1991, p. 83).

O contexto social e político-econômico do final da década de 1970 foi de insatisfação com o governo da ditadura militar e conscientização política da sociedade, que começou a se congrega em movimentos sociais e movimentos de lutas e militância em a favor da abertura política e em defesa da redemocratização do Brasil. Essa nova dinâmica que marcava a sociedade brasileira encontrou expressão em todos os setores do país. Na saúde, ocorreu um movimento que teve o apoio de grande parcela da sociedade, sendo, portanto, relevante, pois agregou um alto quantitativo de cidadãos das mais diversas regiões do país que se interessaram em discutir sobre a precarização das condições de vida e de saúde da população. Assim foi surgindo um amplo debate a esse respeito que estimulou a reflexão em torno de

propostas para atuação do governo brasileiro na área da saúde. Nesse sentido, foi no contexto de luta social em favor da redemocratização, que o setor da saúde no país passou a reunir toda a sociedade para reivindicar a precarização das condições de vida da população.

Os movimentos de contestação em saúde cresceram em número e intensidade, de tal modo que, entre o final dos anos 70 e o início dos anos 80, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, centrada na questão da saúde e da política de saúde. [...] Cientistas, acadêmicos e tecnocratas progressistas discutiam em congressos e seminários nacionais e internacionais a degradação das condições de vida da população, consequência da política econômica que levava ao 'milagre brasileiro', trazendo para essa discussão o testemunho de cifras e taxas dramáticas sobre o acúmulo das doenças endemias e epidemias. Finalmente, movimentos sociais comunitários - compreendendo associações de moradores de bairros e favelas, movimentos de mulheres, sindicatos, Igreja e partidos políticos progressistas - denunciavam às autoridades e à sociedade civil a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, exigindo soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde do regime autoritário (LUZ, 1991, p. 83).

A saúde assumiu uma dimensão política dentro da sociedade, em que os movimentos sociais reivindicavam pela democratização e, sobretudo nessa área, em oposição ao projeto privatista apoiado pelo governo ditatorial. Nesse sentido a luta em favor da democratização da saúde configurou-se contra a política ditatorial e teve apoio de variados movimentos sociais, dos sindicatos profissionais, do movimento de trabalhadores, movimento dos estudantes, dos trabalhadores da saúde, o movimento dos professores universitários, movimento de mulheres, associações de moradores, partidos políticos mais progressistas e demais movimentos sociais. Esses movimentos lutaram politicamente e socialmente em favor da saúde pública, universal, equânime e integral. Todo esse processo de lutas políticas dos movimentos sociais e toda sociedade em defesa da saúde pública é chamado historicamente de Movimento da Reforma Sanitária (BRAVO, 1996).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente as aviltantes desigualdades, [...], configurou-se como ação política concertada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 205).

Os anos 1970, embora o modelo de saúde hegemônico fosse à medicina previdenciária, a população estava insatisfeita com o regime político e país vivenciou a organização por meio de movimentos sociais de luta contra a ditadura. Foi assim que surgiu o movimento pela reforma sanitária (MRS), o qual foi tomando forma e ganhando força nos anos posteriores, principalmente depois da Conferência de Alma-Ata que ocorreu em 1978 e na década dos anos 1980.

Também em 1978 teve início o Movimento Popular de Saúde (MOPS). Esse movimento lutou em defesa da saúde pública e de melhorias em relação ao saneamento básico. Como resultado dessa luta foram instalados postos de saúde voltados para atender à população. A comunidade aos poucos foi participando da construção do sistema nacional de saúde e exercendo o controle sobre essa política no país, através da eleição de representantes da comunidade para os conselhos de decisões e gestão do financiamento das ações na área. Assim, a saúde dos cidadãos brasileiros foi sendo pensada e construída por meio de ações que serviram de alternativas ao sistema de atendimento em saúde para além daquele realizado somente na área hospitalar.

O cenário dos anos 1980 era da eclosão no âmbito mundial de uma crise mundial que impactou gravemente a economia de vários países de economia capitalista e dentre estes o Brasil, que sofreu em todos os setores com os desequilíbrios financeiros desencadeados pela crise mundial, adotando como solução a abertura do seu mercado ao capital internacional e subordinando sua economia aos ditames do capital estrangeiro. Assim o Brasil mercantilizou desde a sua autonomia como Estado Nacional até os setores das políticas sociais que são direitos de todo cidadão como: educação, saúde, transporte público e demais setores sociais, colocando a proteção social universal na lógica da focalização e seletividade, conforme as determinações do capital internacional. De acordo com Sousa (2014, p. 11), “a reforma sanitária realizada no Brasil no período da redemocratização tem sido apontada como uma política na contra-corrente dessa tendência de reforma setorial”.

No contexto brasileiro, o período que envolveu o Movimento da Reforma Sanitária, ocorreu em um cenário de conscientização política e de luta por parte dos movimentos sociais para enfrentar o regime militar com reivindicações em defesa da efetivação de princípios democráticos em todas as esferas da vida em sociedade. Este movimento tratou-se de uma defesa da sociedade por ideais em favor da reforma do modelo de saúde existente até então, tendo em vista que a saúde era um processo social e um direito fundamental que deveria ser, portanto, garantida a todos os cidadãos. Na pauta de luta do movimento em favor da reforma estava a instauração de um novo modelo sócio-político de saúde pública que deveria amparar suas bases nos seguintes princípios: “a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo INAMPS e a integralidade das ações” (SANT'HELENA et al., 2013, p. 3). Nesse sentido, difundiu-se o entendimento de saúde em sua concepção ampliada, ou seja, um direito fundamental para efetivação do ideal de cidadania (naquele momento de ditadura, a cidadania era regulada pelo regime militar) e que fosse garantidas para todos de

maneira universal, assegurada pelo Estado sem discriminação e viabilizado em todos os níveis, ações capazes de recuperar e proteger de forma equânime a vida de todos os brasileiros. Portanto, os apoiadores do Movimento em defesa da Reforma Sanitária, também chamado de reformistas, reivindicavam que outro modelo de saúde fosse implementado no Brasil.

O período compreendido entre os anos 1985, quando se concretiza no cenário político brasileiro da redemocratização, até o ano de 1988, o país irá viver historicamente a fase da Nova República que termina no ano de 1988, quando tem início a reforma das legislações do Estado brasileiro com modificações nas bases legais do Estado. O lapso temporal chamado de Nova República, embora seja pequeno de 1985 a 1988 é de grande relevância, por ser este o período em que foi gestado a grande reforma em termos de legislação do Estado Nacional, como também foi gestada a Reforma Sanitária. No momento da redemocratização do país, momento também da reforma legislativa e da saída dos militares do poder, aconteceu à abertura e o acolhimento por parte do Estado das propostas da sociedade para a área da saúde e áreas sociais.

No ano de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que representou um marco ideológico, pois foi a primeira vez que a sociedade brasileira participou de uma conferência com trabalhadores, usuários, prestadores de serviços e gestores discutindo o futuro da saúde. Era um ano pós-regime ditatorial momento em que toda população brasileira estava indignada com a repressão do regime ditatorial e por isso, estavam desejosos por democracia e, a defesa da saúde pública justa e universal passou a ser um instrumento político de luta que congregou toda a sociedade e suas diversificadas expressões em um amplo movimento nacional chamado de Movimento de Reforma Sanitária.

Esse movimento consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, o que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Assembleia Nacional Constituinte em 1988 (SOUSA, 2014, p. 11).

Constatou-se que no ano de 1986 o movimento em defesa da Reforma Sanitária conseguiu reunir grande parte da sociedade brasileira na chamada 8ª Conferência Nacional de Saúde, levando os cidadãos brasileiros a refletirem e debaterem sobre implementação da Reforma Sanitária através da adoção de um novo modelo de saúde para o Brasil, que fosse reconhecido e regulamentado legalmente.

A implementação dos princípios da Reforma Sanitária encontrou desafios, principalmente devido ao contexto de crise econômica, mas a luta do movimento em defesa da Reforma Sanitária continuou e fortaleceu seus passos quando resultou na criação, no ano de 1987, do Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), mediante o Decreto nº 94.657/87. Esse fato indica que a proposta de descentralização já estava ganhando espaço no cenário do país. A SUDS surgiu com a ideia de descentralização da saúde como política pública, tendo como matriz uma gestão participativa de todos os cidadãos. Para tanto a SUDS recomendou que fossem criados os Conselhos de Saúde.

Então o SUS foi resultado dos movimentos de luta pelo reconhecimento da saúde como direito de todos. Assim, no ano de 1988, com a elaboração da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde foi instituído no Brasil.

Neste contexto a saúde foi reconhecida legalmente através da inserção, como um direito fundamental, na Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã. E teve início o processo da Reforma Sanitária no Brasil e os passos para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na Carta Magna, a saúde juntamente com a previdência e a assistência social formou os pilares da seguridade social. Segundo explicou Fleury (2009, p. 743) “a Constituição Federal de 1988, ao introduzir o conceito de Seguridade Social e criar o Sistema Único de Saúde, representou uma ruptura com o modelo tanto de Estado quanto de cidadania anteriores, em resposta à mobilização social que a antecedeu”. Convém destacar que a luta do movimento da reforma sanitária é uma luta política da sociedade em favor de melhorias na saúde e por democracia. Conforme explicam Souto e Oliveira (2016, p. 209) “essa agenda de reformas da saúde persiste até hoje, subordinada à perspectiva do projeto neoliberal de construção de uma sociedade orientada para o mercado”. Portanto, os desafios para a constitucionalização do SUS foram grandes, mas também foram e continuam sendo intensos os desafios para materializar e instituir o Sistema Único de Saúde como direito de todos.

Portanto, a Reforma Sanitária brasileira se inicia legalmente na Constituição Federal de 1988 e é resultado de um amplo processo de lutas da sociedade através do movimento em defesa da reforma sanitária.

Ao ser criado o Sistema Único de Saúde no Brasil, no ano de 1988, a saúde foi reconhecida como direito de cidadania no texto da legislação chamada de Constituição Cidadã, na qual o tema da saúde no país foi tratado no texto legal entre o artigo 196 ao artigo

200, reconhecendo a saúde como um direito social e que, portanto, deveria ser garantida pelo Estado e ser gerida com a participação de todos, de maneira descentralizada e autônoma nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal. O SUS passou a ser constitucionalmente garantido a todos, sendo guiados pelos mesmos princípios e garantias em todas as regiões do país indistintamente. De acordo com Brasil (2009, p. 11), o conceito sobre SUS pode ser entendido como: “‘Sistema’ estruturado em nível nacional, composto por unidades, serviços e ações que interagem, objetivando um fim comum, baseado nos princípios [...]”. Dessa forma o SUS trata-se de um sistema interconectado no âmbito nacional que forma uma ampla rede de serviços de saúde e que foi estruturada com base nos seguintes princípios: universalidade, integralidade, equidade, participação social, regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e complementaridade do setor privado.

Nesta perspectiva, os princípios constitucionais que nortearam a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foram: os princípios doutrinários e os princípios organizativos. Os primeiros se expressaram na universalidade, equidade e integralidade. Já os segundo foram os que regeram a organização do SUS e encontraram expressão na regionalização, a hierarquização, a descentralização e a participação popular.

Dentre os princípios doutrinários do SUS, o princípio da universalidade encontra-se no artigo 196 da CF/88, com a seguinte indicação: “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”. Com isso, a saúde passou a ser um bem garantido pelo Estado a todos os cidadãos sem distinção. E o SUS foi implementado a todos, indistintamente e de maneira gratuita.

Outro princípio doutrinário do SUS é o da integralidade cujo conceito encontra-se na Constituição Federal de 1988, como um valor desse sistema, no entanto seu conceito já vinha sendo refletido e debatido no âmbito das universidades, ainda entre os anos 1950 a 1960. Com a Reforma Sanitária o conceito de integralidade que foi trabalhado oficialmente no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1984, assumiu a intenção de ser a capacidade de proporcionar atendimento integral para prevenção e promoção de assistência completa a saúde da população. Portanto, o princípio da integralidade diz respeito à totalidade do tratamento no âmbito da saúde, fato que resultou em um atendimento que começa com o trabalho de prevenção e acompanha o usuário em todos os caminhos que necessitar percorrer no SUS. Conforme explicam Viegas e Penna (2015, p. 1093) o conceito

de integralidade envolve a concepção principiológica e a perspectiva dos usuários em que “[...] a ação integral tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo”. A concepção de integralidade reforçou a visão ampliada sobre saúde uma vez que entendeu que os rumos da política de saúde foram sendo construídos historicamente por pessoas, que são responsáveis por continuar a construí-la e por manter, cuidar e conectar pessoas em uma rede de ações integrais e sociais comprometidas com a completude dos cuidados do processo saúde-doença.

Em relação ao princípio da equidade, este é de grande relevância dentro do contexto atual de vida na sociedade capitalista, uma vez que a natureza do modo de produção capitalista é em sua essência excludente, desigual e produtora de iniquidades. De acordo com Escorel (2008, p. 202), o termo é de uso recente no contexto da Reforma Sanitária ocorrida no Brasil e que “foi incorporado posteriormente a promulgação da Constituição de 1988 que se refere ao direito de todos e dever do Estado em assegurar o acesso universal e igualitário as ações e serviços de saúde”. Nessa perspectiva o termo surge associado à concepção de justiça e de direitos, conforme pode ser percebido no entendimento de Paim e Silva (2010, p. 12) sobre equidade. Também sinalizou Escorel (2008, p. 202) que “o conceito de equidade em saúde foi formulado por Margaret Whitehead, incorporando o parâmetro de justiça e distribuição igualitária”.

Dentre os princípios organizativos do SUS estão: a regionalização, a hierarquização, a descentralização e a participação popular. A Lei 8080/90 reafirmou a regionalização e a hierarquização como princípios e diretrizes do SUS que organizaram as ações de saúde em níveis crescentes de complexidade. A regionalização considerou os territórios de saúde e as necessidades das pessoas, aproximando os serviços da saúde da população. E a hierarquização da saúde contribuiu para viabilizar o cuidado integral da saúde dos usuários do SUS, pois estando materializada nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, proporcionou a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade no controle social e organização da política de saúde em todos os níveis, conforme prever o artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Quanto ao princípio da descentralização, este visou garantir efetividade e qualidade na prestação dos serviços do SUS, distribuindo a responsabilidade pelas ações do Sistema Único de Saúde entre as três esferas do Governo, sendo que estados e municípios gozam juntamente com a Federação de autonomia para decidir sobre as ações de saúde pública em seus territórios. Para tanto, esse processo não ocorreu de modo isolado, mas

sim, aberto e transparente a toda sociedade e envolveu a participação da comunidade através dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Esses princípios apresentados pelas referidas legislações sobre a política de saúde são resultantes do processo de luta do movimento de reforma sanitária, o qual ampliou o entendimento inicial, indo além de um processo curativo ao indicar que a saúde é impactada pelas condições sociais e pela conjuntura, tratando-se de um direito fundamental que diz respeito à coletividade e se enquadra como questão de cidadania. Portanto, trata-se de uma responsabilidade do Estado e de toda a sociedade cuidá-la enquanto bem coletivo. Contudo, esses princípios assegurados constitucionalmente estão sofrendo os impactos do neoliberalismo na política de saúde no país.

2.3 Os Impactos do Neoliberalismo na Política de Saúde Brasileira

A Constituição Federal de 1988 apresenta um título que trata da ordem social, no qual encontra-se inserido um capítulo que dispõe sobre a seguridade social, sendo esta formada por um tripé composto por três pilares: a saúde, assistência social e previdência. Em termos de políticas sociais, esse é um reconhecimento de políticas que conformam o sistema de proteção, proposto através da seguridade social sendo resultado de lutas históricas, do esforço da classe trabalhadora e dos movimentos sociais por direitos sociais.

No final da década de 1980, a classe trabalhadora e os movimentos sociais colheram os frutos das lutas em oposição ao regime ditatorial brasileiro iniciado no ano 1964, em especial nos campos social e político. Dentre as pautas de luta da classe trabalhadora por políticas sociais no Brasil, um campo que obteve ganhos expressivos foi o da saúde, como foi o caso do reconhecimento do direito à saúde como essencial a população, através da estruturação de um Sistema Único de Saúde (SUS), o qual organiza os serviços e ações prestadas por instituições e órgãos nos três esferas governamentais do país, ou seja, federal, estadual e municipal. O SUS representa a materialização de uma das propostas defendidas pelo movimento da reforma sanitária brasileira (MRSB). Em termos de reconhecimento legal, o SUS encontra amparo na Constituição Federal de 1988, tendo como fundamento o art. 196, art. 197, art. 198, art.199 e art. 200. E ainda o SUS encontra-se regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde que compreendem a Lei 8080/1990 e Lei 8.142/1990. A primeira legislação detalha os artigos constitucionais dispoendo sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, também sobre a proteção, recuperação e prevenção a saúde como direito essencial a vida. Já a segunda Lei (nº 8.142/90), visa complementar as demais normativas dispoendo sobre a operacionalização do SUS, abordando a respeito da gestão do

SUS, participação da população na saúde e transferências de dinheiro e custeios próprios da área.

A essência do SUS encontra-se fundamentalmente no Estado democrático de direito, o qual é a diretriz dos princípios do SUS, uma vez que estes encontram-se de acordo com a proposta democrática Estatal, alinhados as diretrizes da Constituição Federal, conforme pode ser visto na Lei 8080/90, no artigo 7º. Assim, dentre os princípios norteadores do SUS, tiveram base nas perspectivas constitucionais: a universalidade do acesso a serviços; a integralidade e igualdade da assistência; a participação popular; o direito à informação e sua divulgação respeitando o princípio da transparência na pública; a descentralização política administrativa e dos serviços para os municípios. Com a municipalização outros princípios do SUS, também importantes nesse processo foram o da regionalização e da hierarquização dos serviços, destinados a preservar a autonomia das pessoas, bem como a integralidade da saúde de todos os cidadãos (BRASIL, 1990).

Historicamente, no Brasil há a disputa de dois projetos societários pela hegemonia social e político-econômica, são eles: Democracia de Massas X Democracia Restrita. O Estado democrático de direito foi representado pelo projeto societário da chamada “democracia de massa”, uma vez que previu a participação popular na relação entre o Estado com a sociedade e a organização de movimentos sociais para encontrar alternativas para o enfrentamento dos problemas de ordem coletiva referente a toda sociedade. Assim a democracia de massas incentiva e estimula a organização da sociedade em: sindicatos, movimentos de moradores de bairros, associações de profissionais e toda forma de integração da sociedade com os movimentos sociais para articular-se diretamente a proposta democrática de gestão social e às formas de relacionamento democrático dos cidadãos com o Estado. Em contrapartida, no Brasil outro projeto que disputou a hegemonia econômica e sócio-política foi o chamado Projeto de Democracia Restrita, que defendeu o Estado reduzido para o setor social, apoiando a perspectiva neoliberal de um estado mínimo para as questões dos trabalhadores e máximo para o lucro e o Capital (NETTO, 1990).

Esses projetos entraram em disputa no cenário conjuntural brasileiro no final dos anos 1980 como resposta a crise econômica enfrentada pelo Brasil nesse período. A década de 1980 ficou historicamente conhecida entre os países da América Latina como a década perdida em termos de economia, embora tenha sido marcada por importantes conquistas resultantes da luta dos movimentos sociais pelo fim da ditadura militar e regulamentação de direitos sociais, além da promulgação da Constituição Cidadã. A crise econômica que marcou

o Brasil nos anos 1980 representou o fim do conhecido milagre econômico que o país vivenciou nos anos 1970. Dentre as expressões da crise econômica dos anos 1980 é importante destacar: a retração das indústrias em sua produção, a defasagem em relação as tecnologias das indústrias dos países desenvolvidos, crescimento da dívida externa e interna, baixo Produto Interno Bruto, fatores que desestabilizaram a economia e agravaram a inflação. Conforme indicam Behring e Boschetti (2009, p. 140), “em síntese, de um ponto de vista econômico, tem-se, na entrada dos anos 1990, um país derruído pela inflação [...] que será o fermento para a possibilidade histórica da hegemonia neoliberal”. Nesse sentido, a crise econômica que se instalou no Brasil teve como fortes características a estagnação econômica, a reação da burguesia nacional e a entrada do neoliberalismo.

Com o fim do período ditatorial teve início a Nova República marcada por uma desorganização econômico-financeira do país. Nesse momento, a população brasileira já havia dado sinais evidentes de que havia desenvolvido uma consciência sobre as questões político-econômicas. Assim, surgiram na sociedade duas perspectivas distintas para alcançar o desenvolvimento, que resultaram na disputa de dois de projetos econômicos pela hegemonia na sociedade: Um projeto que afirmava a diretriz nacional desenvolvimentista, com a proposta de alcançar o crescimento econômico, através do fortalecimento do Estado, implementação da empresa privada nacional e ampliação e regulamentação dos direitos sociais. E outro projeto que defendia a preponderância da matriz ideológica de viés liberal na sociedade brasileira, afirmando que o Estado deveria deixar que o planejamento econômico e o desenvolvimento do país sob responsabilidade do mercado, incentivando a iniciativa privada (MARANGONI, 2012).

No decorrer dos anos 1990 como medida de tentar conter a crise econômica, teve início a campanha em torno das reformas. O Brasil iniciou o processo de abertura da economia e foi nesse contexto que a proposta do projeto neoliberal chegou ao país, o qual acolheu as propostas de privatizar empresas estatais, terceirizar serviços e reduzir investimentos nos setores públicos. Em decorrência disso o projeto societário da democracia restrita teve apoio dos capitalistas para sua hegemonia, passando a vigorar no Brasil no ano de 1990, como a direção política que as classes dominantes encontraram para o enfrentamento da crise na qual o país se encontrava.

A era Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi marcada por esse mote, que já vinha de Collor, [...]. Tratou-se, como se pode observar, de ‘reformas’ orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômica e social vivida pelo país desde o início dos anos 1980. Reformando-se o Estado com ênfase nas

privatizações e na previdência social, e, acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da seguridade social e outros – [...] –, estaria aberto o caminho para o “projeto de modernidade” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 148).

Esse processo de reformas que teve base no Plano Diretor da Reforma do Estado tratou-se na realidade de contra-reformas, uma vez que resultaram na desconstrução das conquistas democráticas adquiridas até então. Conforme defendem Behring e Boschetti (2009, 152), “uma contra-reforma que foi possível a partir de algumas condições gerais, que precederam os anos 1990: a crise econômica dos anos 1980 e as marchas e contramarchas do processo de democratização do país”. Esse processo de reformas trazidas pela política neoliberal, que teve como centro o ajuste fiscal, atingiu os princípios assegurados na Constituição Federal de 1988, conforme explicou Boschetti (2009, p.12): “a universalidade dos direitos, a uniformidade e equivalência dos direitos, a diversidade de financiamento no sentido de transferir recursos do capital para o trabalho e a gestão democrática e descentralizada.” A referida autora sinalizou a ideia sobre o forte desmonte que passou a fazer parte do cenário do país a partir da política neoliberal, configurando esse processo de contra-reformas. Conforme exemplificou Behring (2016, p. 24): “daí se desdobram os novos entes jurídicos da contrarreforma do Estado, as organizações sociais, [...], as fundações públicas de direito privado.” Através do desmonte dos direitos assegurados na constituição, há a ocorrência na sociedade brasileira do processo de fragilização da participação democrática na gestão das políticas sociais através, por exemplo, dos conselhos de cidadania e direitos. Esses fatores evidenciam que o campo da política de saúde e o da seguridade social como todo tornou-se um campo de interesse dos grandes capitalistas, uma vez que a fragilização dessas políticas constitui fontes grandiosas de recursos para o capital, pois são essenciais a produção, reprodução e a manutenção de uma vida digna em sociedade.

Portanto, na década de 1990, as implementações das políticas sociais asseguradas na Constituição Federal de 1988, esbarraram no neoliberalismo. Para Soares (1995, p. 11), “[...] o país foi pego a meio caminho na sua tentativa tardia de montagem de um Estado de Bem-Estar Social”. E esse processo encontrou como obstáculo as propostas de reformas do neoliberalismo, através do qual,

[...] a heteronomia e o conservadorismo político se combinavam para delinear um projeto antinacional, antidemocrático e antipopular por parte das classes dominantes, no qual a política social ocupa um lugar concretamente secundário, à revelia dos discursos ‘neo-sociais’ e dos solidarismos declarados (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p. 159).

As raízes do neoliberalismo se encontram no período histórico do pós-segunda guerra mundial, especificamente nas regiões onde o modo de produção capitalista alcançou um desenvolvimento hegemônico: na Europa e da América do Norte. No entendimento de Perry Anderson (1995, p. 1), o neoliberalismo, “foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. [...]. Tratou-se de um ataque apaixonado contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado [...]”. As ideias neoliberais só começaram a ganhar o cenário mundial, após, a crise do capitalismo em 1973 e nesse contexto,

Destacam-se as crises do petróleo em 1973 e 1979, a derrocada do bloco socialista (Perestroika e Glasnost) e a crise econômica atribuída aos estados centrados no *Welfare State*, além é claro do fim da Guerra Fria. Esse contexto ainda foi o das grandes transformações tecnológicas ocorridas tanto nos processos produtivos (redefinindo em parte o 'mundo' do trabalho) quanto nos processos informacionais e comunicacionais ocorridos no final do século XX. Ambos os fatores influíram diretamente sobre a forma de organização e de integração dos mercados, desta vez não mais sob a regulação dos Estados Nacionais, mas, sim, numa lógica espacial multilateral ensejando um Estado mínimo (LEME, 2010, p. 130).

Com base nisso constatou-se que o cenário no qual se desenvolveu o neoliberalismo foi o da crise do petróleo em 1973 e, da sua segunda fase, no ano de 1979. Também, no momento em que os Estados que se apoiaram na política do *Welfare State* entraram em derrocada ainda no final da guerra fria, nos anos 1989. Nesse processo foi importante a realização do Consenso de Washington em 1989, nos EUA, que propôs a realização de reformas econômicas e tributárias para que os países da América Latina pudessem enfrentar a estagnação econômica gerada pela crise mundial do capitalismo, reduzindo os gastos públicos. Portanto, o Consenso de Washington representou uma medida que recomendou a entrada da política neoliberal nos países latino-americanos. Dentre as recomendações do Consenso de Washington, no ano 1989, estão:

1) disciplina fiscal, através da qual o Estado deve limitar seus gastos a arrecadação, eliminando o déficit público; 2) focalização dos gastos públicos em educação, saúde e infra-estrutura; 3) reforma tributária que amplie a base sobre a qual incide a carga tributária, com maior peso nos impostos indiretos e menor progressividade nos impostos diretos; 4) liberalização financeira, com o fim de restrições que impeçam as instituições financeiras internacionais de atuar em igualdade com as nacionais e o afastamento do Estado do setor; 5) taxa de câmbio competitiva; 6) liberalização do comércio exterior, com redução de alíquotas de importação e estímulos à exportação, visando impulsionar a globalização da economia; 7) eliminação de restrições ao capital externo, permitindo investimento direto estrangeiro; 8) privatização, com a venda de empresas estatais; 9) desregulação, com redução da legislação de controle do processo econômico e das relações trabalhistas; e 10) propriedade intelectual (NEGRÃO, 1996, p. 4).

As propostas do neoliberalismo ganharam campo em meio à crise do capitalismo mundial. E vigorou com uma ideologia centrada no conservadorismo da direita como foco da linha política das classes dominantes, as quais começaram a apoiar projetos societários alinhados a maximização do capitalismo e do lucro, através da exploração da classe trabalhadora e desmobilização de forças das manifestações populares por reconhecimento de direitos sociais e de cidadania. O neoliberalismo ganhou espaço no Brasil a partir dos anos 1990, através da gestão presidencial de Fernando Collor de Mello, entre os anos 1990 a 1992, o qual defendeu a ideia de que o Brasil precisava se modernizar para que a economia crescesse, para tanto seria necessário a implementação de reformas econômicas de base neoliberal. Essa política continuou, posteriormente, pelo governo de Itamar Franco, entre os anos de 1992 a 1995, mas somente se consolidou no cenário nacional, com a gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso, entre os anos 1994 a 2000. Assim, o Brasil acolheu as propostas Consenso de Washington e tomou como parâmetro a política neoliberal, realizando a abertura da sua economia através das seguintes medidas: migração da base de financiamento que era nacional-desenvolvimentista e que passou a ter como base o capital internacional com a abertura do mercado brasileiro ao capital externo, o que resultou em uma perda de autonomia e em uma consequente subordinação aos ditames do capital estrangeiro. Também eliminou a indústria nacional, financiando as privatizações, o mercado privado e incorporações de empresas estatais às empresas privadas, essa medida serviu para o desmonte do setor estatal, além de redução das despesas com a área social, principalmente com os setores que envolvem as condições de vida e direitos essenciais da população, como por exemplo: saúde, educação, transporte público. Portanto, essas foram algumas das medidas, também chamada de reformas que foram motivadas pelo Consenso de Washington e implementadas pela política neoliberal no Brasil para o enfrentamento da crise, mas na realidade, agravaram o processo de subordinação, dependência econômica em relação ao capital internacional e a desregulamentação dos direitos, com foi o caso dos direitos trabalhistas que foram impactados com flexibilizações e terceirizações (GENNARI, 2002).

As diretrizes do projeto neoliberal foram de encontro as reivindicações das massas populares e da classe trabalhadora por afirmar que a política social destruiu a acumulação capitalista, na medida em que os gastos sociais sobrecarregavam o Estado, por isso, os sindicatos e o movimento operário não encontraram apoio no projeto neoliberal, pois esses fatos resultaram em um aumento da inflação com crise econômica para o mercado do capitalista. Tendo em vista isso, evidenciou-se nesse percurso histórico, que as medidas

neoliberais foram adotadas como alternativas do mercado capitalista para obter o lucro, desmontar as políticas sociais, desresponsabilizar o Estado pela garantia de direitos sociais essenciais a uma vida digna. Paulani (2006, p. 78), afirmou que fazem parte do pacote de características próprias do neoliberalismo: “[...] redução do Estado ao mínimo, inexistência de proteção ao trabalho, abertura da economia, liberdade para o funcionamento do mercado [...]”. Estas características reforçaram a premissa de que o modelo neoliberal tem como ideia central à competitividade, a qual ocorre não somente no mercado interno, mas também em nível mundial. Assim, as características de um Estado que se reduz para não intervir nos processos econômicos, de modo deixar a cargo da iniciativa privada, reafirmando e apoiando as privatizações, reforçaram outra característica que também é consequência da política neoliberal, a subordinação a lógica da competitividade de nível global. Desse modo, no capitalismo neoliberal,

realizam-se a desregulamentação das atividades econômicas pelo Estado, a privatização das empresas produtivas estatais, a privatização das organizações e instituições governamentais relativas à habitação, aos transportes, à educação, à saúde e à previdência. O poder estatal é liberado de todo e qualquer empreendimento econômico ou social que possa interessar ao capital privado nacional e transnacional. Trata-se de criar o “Estado mínimo”, que apenas estabelece e fiscaliza as regras do jogo econômico, mas não joga. Tudo isto baseado no suposto de que a gestão pública ou estatal de atividades direta e indiretamente econômicas é pouco eficaz, ou simplesmente ineficaz. O que está em causa é a busca de maior e crescente produtividade, competitividade e lucratividade, tendo em conta mercados nacionais, regionais e mundiais (IANNI, 1998, p. 28).

O que interessa nesse contexto é o lucro, para tanto, a política neoliberal utilizou-se do sistema econômico globalizado para colocar em prática suas premissas de controlar e manipular a economia de mercado dos países capitalista. Nesse sentido, o objetivo da política neoliberal foi tornar o Estado forte, de modo que este se comprometa de forma mínima em investimentos com as políticas sociais. Esse discurso neoliberal se revestiu do discurso de que a meta a ser alcançada tornou-se a estabilidade econômica. Para alcançar esta meta o país deveria se desresponsabilizar com a área social transferindo essa responsabilidade para o mercado privado e conseqüentemente para o próprio cidadão, que tem que pagar para adquirir o que seria seu direito. Assim é objetivo do neoliberalismo,

[...] manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos. Ademais, reformas fiscais eram imprescindíveis, para incentivar os agentes econômicos. Em outras palavras, isso significava reduções de impostos

sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas. Desta forma, uma nova e saudável desigualdade iria voltar a dinamizar as economias avançadas, então às voltas com uma estagflação, resultado direto dos legados combinados de Keynes e de Beveridge, ou seja, a intervenção anticíclica e a redistribuição social, as quais haviam tão desastrosamente deformado o curso normal da acumulação e do livre mercado. O crescimento retornaria quando a estabilidade monetária e os incentivos essenciais houvessem sido restituídos (ANDERSON, 1995, p. 2-3).

Outra estratégia neoliberal para manter o Estado forte para atuação do mercado capitalista foi gerar desigualdades, especialmente no que diz respeito a cobranças de impostos com isenções e facilidades para quem ganha mais ou possui mais riquezas e onerando com uma tributação que expropria a classe trabalhadora, uma vez que o Estado passou por um processo de reformas na economia, que de acordo com Silva, (2004, p. 17) a “ênfase no desequilíbrio orçamentário da seguridade e do próprio Estado privilegia a criação de condições para a restauração das relações econômicas que oneram o trabalho e desoneram o capital ou que impedem a ampliação dos custos do sistema de seguridade”. A produção de desigualdades que é própria dessa perspectiva e da mercantilização de direitos sociais, vai de encontro aos princípios constitucionais que foram resultantes de lutas históricas das classes populares, é o que ocorre com o princípio da universalidade. Também Behring e Boschetti (2009, p. 155) sinalizam nesse sentido que com as reformas neoliberais, “houve uma forte tendência de desresponsabilização pela política social – em nome da qual se faria a reforma – acompanhada do desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social”. É nessa medida que o capital, com sua lógica mercadológica voltada para o lucro, se apropria da riqueza social e compromete todo um sistema de princípios e garantias constitucionais gerando desigualdades que resultaram no crescimento da demanda social.

A política social, nesse contexto, esteve intrinsecamente ligada à política econômica e sofreu os impactos resultantes do processo de reformas defendidas pelo neoliberalismo. De acordo com Draibe (1993, p. 97), “descentralizar, privatizar e concentrar os programas públicos nas populações ou grupos carentes, esses parecem ser os vetores estruturantes das reformas de programas sociais preconizadas pelo neoliberalismo [...]”. Assim, Draibe (1993) explica sobre três propostas que configuram o interesse e foco da agenda neoliberal para reformas do Estado: a focalização, descentralização e privatização direcionadas a área social. A privatização trata-se de uma resposta neoliberal dada à crise econômica que prever a realocação a prestação de serviços públicos para setor privado visando a movimentação de lucros para a economia. As formas de privatizações dos serviços estatais ocorreram no Brasil de variadas maneiras, como por exemplo:

a transferência para propriedade privada (incluindo a venda) de estabelecimentos públicos; a cessação de programas públicos e o desengajamento do governo de algumas responsabilidades específicas ('privatização implícita'); reduções (em volume, capacidade, quantidade) de serviços publicamente produzidos, conduzindo a demanda para o setor privado ('privatização por atribuição'); o financiamento público de consumo de serviços privados – através de contratação, terceirização, reembolso ou indenização dos consumidores, tickets e 'vales' com pagamento direto aos provedores privados, etc; formas de desregulamentação (DRAIBE, 1993, p.98).

Além dessas formas de privatização, outra maneira foi a transferência de serviços do setor público para iniciativas filantrópicas e de associações sem fins lucrativos como, por exemplo, associações comunitárias e organizações não governamentais (ONG's). Nessa outra forma de privatização os serviços públicos são transferidos para a iniciativa da sociedade civil. Já a focalização representa uma prática de tendência neoliberal de direcionar os gastos sociais a grupos específicos de pessoas de forma a selecionar entre os pobres àqueles que são necessitados, de modo que o Estado somente custeie ações e programas sociais a parcela extremamente pobre da população. E a descentralização, possibilitou que o poder, a gestão, os recursos e responsabilidades das políticas sociais fossem distribuídas entre: União, estados e municípios (DRAIBE, 1993).

No campo da saúde essas ideias neoliberais acentuaram a disputa entre dois projetos ideologicamente antagônicos: o projeto da reforma sanitária, construído por volta dos anos 1970 e o projeto privatista, que foi o projeto voltado para o mercado enfatizado pela entrada do neoliberalismo no Brasil nos anos 1990. A proposta do projeto da reforma sanitária defendia a universalização, reconhecimento e garantia de direitos e políticas sociais. Nessa perspectiva, o projeto da reforma sanitária lutava pela legitimação da concepção ampliada de saúde enfatizando que os determinantes sociais influenciavam diretamente na qualidade de vida dos indivíduos. Na base desse projeto há reivindicações por uma nova estruturação da saúde pública no sentido da formação de um Sistema Único de Saúde capaz de viabilizar o acesso a saúde de forma universal, integral, descentralizada, com a sociedade participando mediante o processo de gestão democrática.

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010, p. 19).

O projeto da Reforma defendeu que os direitos sociais deveriam ser ampliados e o acesso aos serviços de saúde deveriam ser democráticos. Além disso, o projeto defendeu também que tais direitos fossem materializados em medidas que visassem assegurar a redução do déficit social e estratégias para a descentralização do controle social e gestão do SUS. Essa proposta veio a ser reconhecida pela Constituição Federal brasileira de 1988, alguns anos mais tarde, no momento do reconhecimento legítimo do SUS. Portanto, a base do projeto da reforma sanitária é o Estado democrático de direito que afirma a perspectiva da saúde como um direito social que deveria ser garantido pelo Estado a todos os cidadãos.

Em contrapartida, a proposta do projeto privatista dos anos 1990, foi de uma atuação mínima do Estado, o qual deveria atuar em regime de parcerias, terceirizações e privatizações. Além da proposta da re-filantropização⁸ no cuidado das expressões da questão social no campo da saúde.

O projeto da saúde articulado ao mercado ou à reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a 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 aos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2010, p. 22).

O projeto de saúde privatista era regido segundo as regras do mercado e tratou-se, na realidade de uma reatualização do modelo médico assistencial privatista. Nesse sentido as propostas desse projeto que foi defendido pelo neoliberalismo foram: o Estado mínimo, políticas sociais seletivas e focalizadas, direcionadas apenas para os comprovadamente pobres, sem condições financeiras alguma, de modo que as pessoas que podiam pagar pelos serviços de saúde, buscavam por maior qualidade na oferta do mercado. Além das privatizações e estímulos os serviços de saúde privados, com prestação de serviços fragmentados.

Esse embate de projetos societários distintos resultou na ascensão do projeto privatista voltado para o mercado, o qual passou a ser hegemônico, e na conseqüente perda de disputa

⁸ “Na medida em que amplos setores da população ficarão descobertos pela assistência estatal – precária, focalizada e descentralizada, ou seja, ausente em certos municípios e regiões e sem cobertura para significativos grupos populacionais – e também não terão condições de acesso aos serviços privados (caros), transfere-se à órbita da ‘sociedade civil’ a iniciativa de assisti-la mediante práticas voluntárias, filantrópicas e caritativas, de ajuda mútua ou auto-ajuda. É neste espaço que surgirá o ‘terceiro setor’, atendendo a população ‘excluída’ ou parcialmente ‘integrada’. Isto se constitui como ‘uma luva’ na mão do projeto neoliberal” (MONTAÑO, 2002, p. 4).

por parte do projeto da reforma sanitária. A partir de então, o ideal das classes dominantes determinaram a direção política e a crise econômica do Brasil, desmontando as conquistas adquiridas em termos de políticas sociais. Assim, o capital assumiu sua forma máxima e reafirmou sua lógica de mercado. A população brasileira sentiu os impactos das chamadas contrarreformas que se iniciaram, com o apoio das elites dominantes locais e internacionais, que viam nesse processo um estímulo a expansão do capital internacional mediante a perspectiva de ganhar mais mercado consumidor como consequência do intenso processo de privatizações das empresas brasileiras.

Vale ressaltar que o projeto neoliberal tem como objetivo central criar as condições que permitam ao capital alçar a uma nova etapa de expansão, a um novo ciclo de desenvolvimento, a uma etapa da financeirização: concentração de capitais nas mãos do grande capital internacional. A condição política para isso localiza-se no enfraquecimento da classe trabalhadora e estilhaçamento da identidade de classes. As políticas neoliberais são políticas de corte privatista e individualista. É por isso que o lema do neoliberalismo, a liberdade econômica, moral e política é enaltecido, resultando na entronização do mercado, da competição e do individualismo. Para isso há que se eliminar qualquer componente democrática, de organização coletiva, de conquistas sociais (GUERRA, 2005, p. 4).

O neoliberalismo configura-se como uma derivação do liberalismo. A doutrina neoliberal pregava a mínima intervenção do Estado na economia dos países. Assim, foram estimuladas a política de privatizações, as desestatizações, através da venda das empresas públicas e desregulamentação das leis do trabalho e das leis da economia. Pregavam ainda o corte de gastos com a esfera social, o que implica na redução dos direitos sociais antes garantidos pelo Estado a população. A ideia foi de que esses direitos fossem comercializados pelo mercado (VICENTINO, 2002).

Nessa perspectiva, “a contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade [...]” (CFESS, 2010, p. 20). Portanto, foram intensas as formas de precarização dos serviços e sucateamento das instituições do Estado e, nem sempre a qualidade dos serviços alcançou a todos os usuários do SUS. Além da burocratização que dificultava uma evolução no acesso aos serviços de saúde na rede pública, de modo que quem necessitava com urgência de um atendimento precisava pagar por consultas particulares ou dos planos de saúde para garantir o atendimento médico. Foram também consequências decorrentes do ideal neoliberal de retirada de custeio e financiamentos por parte do Estado, as medidas que estimularam a rede de seguro particulares de saúde, “ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres, por meio de ações mínimas e programas focalizados, havendo outro sistema para os consumidores” (CFESS,

2010, p. 20). Entende-se que essas medidas foram para gerar sucateamento das políticas sociais e viabilizar a hegemonia do mercado privado. Em relação ao corpo de profissionais da saúde, os impactos refletiram no desestímulo devido à precarização das condições de trabalho e aos salários menores do que da rede privada de saúde.

Portanto, foi com base nessa perspectiva que considerou-se que a conjuntura da globalização intensificou a adoção de medidas tecnológicas para a política de saúde no Brasil. E as tecnologias dos sistemas de informação foram sendo gradativamente absorvidas pelo setor de saúde pública, de modo que hoje armazenam dados que se configuram como um acervo da história do SUS no Brasil, também são importantes bancos de dados que comunicam sobre o trabalho do assistente social na atenção básica em saúde.

CAPÍTULO 3: SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Apresenta-se a Política Nacional de Atenção Básica em saúde visando contextualizar o trabalho do assistente social nessa área. Depois sobre o uso das tecnologias em saúde e a importância dos bancos de dados para comunicar a respeito da atuação profissional na APS. Assim, constatou-se sobre os principais sistemas de informação em saúde e investigou-se aqueles que apresentaram relação com o tema dessa pesquisa. Dentre os sistemas de informação em saúde, o SISAB e o SIA/SUS se constituíram como principais fontes de dados para esse estudo, considerando que neles são registradas as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social na atenção básica em saúde.

3.1 A Política Nacional de Atenção Básica em Saúde

A saúde no Brasil encontra-se organizada em níveis de atenção que, conforme a lógica normativa do SUS está estruturada em hierarquias regionalizadas que se expressam através das divisões: atenção básica, média e de alta complexidade, sendo que estas duas últimas incluem os serviços denominados como atenção especializada em saúde. Os referidos níveis de atenção contribuem no delineamento da saúde em âmbito nacional e atuam de maneira articulada e integrada.

De acordo com Mendes (2011), os modelos de organização da saúde pública no país foram hierarquizados conforme a complexidade dos serviços e, por esta razão vem sofrendo constantes críticas no tocante a sua fragmentação. Porém, essa organização da saúde em níveis de complexidade ainda é a forma predominante na estruturação do SUS. As críticas a hierarquização da saúde em níveis, possibilitaram um novo entendimento através das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a qual foi estabelecida pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e regulamentada, pelo Decreto Presidencial de nº 7.508, de 28 de junho de 2011. A RAS trata-se de um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, segundo consta na resolução de nº 03 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), regulamentada em 25 de março de 1981 e organizada pelo Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a Rede de Atenção a Saúde no Brasil se organiza em três níveis, sendo estes: nível primário, secundário e terciário. Esses níveis foram definidos da seguinte forma:

1 - O nível primário se caracteriza por atividades de promoção, proteção e recuperação, a nível ambulatorial, desenvolvidas basicamente por pessoal elementar, médio, médicos generalistas e odontólogos. Os estabelecimentos que serão instalados neste nível de atenção serão os postos e centros de saúde. As atividades inerentes a este nível se agrupam em três áreas: saúde, saneamento e apoio diagnóstico. [...]. 2 - O nível secundário se caracteriza por desenvolver, além das atividades do nível primário, atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas (com especialistas): clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica e especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. Os estabelecimentos característicos deste nível são as unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais. [...]. 3 - O nível terciário se caracteriza pela maior capacidade resolutive dos casos mais complexos do sistema nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e de urgência. Os estabelecimentos instalados neste nível serão, basicamente, os ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e os hospitais de especialidades (BRASIL, 1981).

O nível primário em saúde no Brasil disponibiliza o serviço de nível inicial que representa uma gama de serviços de natureza não especializada prestados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou consultórios ambulatoriais para atendimentos que não necessitem de intervenção tecnológica e especializada no tratamento à saúde.

A utilização do termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública (LAVRAS, 2011, p. 868).

A atenção básica é concebida como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), pois é através dela que o usuário tem a oportunidade de fazer o seu contato inicial com a política de saúde. Fundamentalmente, o primeiro nível de saúde tem a função de receber o paciente na atenção primária prestando os cuidados necessários para o restabelecimento do indivíduo de modo integral, estimulando-o a dar continuidade ao tratamento iniciado. Esse contato representa a primeira atenção e, utiliza dentre as ferramentas tecnológicas para os registros dos procedimentos de trabalho realizados nesse nível, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). O segundo nível de organização da saúde é o de média complexidade que foi regulamentado no Brasil pelo Decreto do MS nº 4.726 de 2003 e se trata de “ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL, 2005, p. 207). Já a alta complexidade é o terceiro e mais especializado nível de atenção a saúde no Brasil, podendo ser definido como uma série de procedimentos que “no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados,

integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)” (BRASIL, 2005, p. 32).

Dentre os níveis de saúde, esse estudo focou na análise do nível da atenção básica, considerando a divisão predominante que tem base no modelo hierarquizado, como forma de estruturar o entendimento sobre esse nível de complexidade de serviços do Sistema Único de Saúde. É importante frisar que o desenvolvimento desse estudo considerou a indicação de Gonçalves (2014, p. 51), de que “apesar de o modelo hierarquizado ser o mais difundido e o cuidado à saúde no SUS estar organizado em atenção básica, atenção de média complexidade e de alta complexidade, não existe relevância entre os níveis de atenção”. Assim é importante esclarecer que os três estratos de atenção a saúde têm sua importância em grau de contribuição para o SUS, pois essas categorias apresentam uma abordagem peculiar que caracteriza cada nível de assistência, porém devido ao objeto escolhido para esse estudo ter sido a atenção básica, a pesquisa foi construída em torno desse nível de atenção.

A análise sobre a Política de Atenção Básica em saúde, parte do pressuposto de que o marco inicial que formulou a conceituação desse nível, também chamado de Atenção Primária a Saúde (APS), foi o Relatório Dawson, documento estruturado no ano de 1920 no Reino Unido pelo Ministério da Saúde local. Este documento foi considerado no mundo todo por ser o precursor do,

conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011, p. 868).

Além do Relatório Dawson, outro documento fundamental na trajetória da APS foi o da Conferência Internacional de Alma-Ata, a qual também foi considerada um marco no desenvolvimento da política de saúde em nível mundial, uma vez que estabeleceu a saúde em uma perspectiva ampliada, ou seja, para além do bem-estar físico, associando-a assim, à concepção de saúde como resultante dos fatores de bem-estar corporal, integrado também à saúde mental e social. Além disso, o referido documento definiu a saúde como um direito fundamental, colocando-a como uma meta a ser alcançada em nível mundial.

O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento

econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (OMS, 1978, p. 1).

A Conferência de Alma-Ata foi realizada através da Organização Mundial de Saúde (OMS) e através dos Fundos das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no ano de 1978, sinalizando sobre os cuidados primários de saúde. Assim, no âmbito internacional difundiu-se a ideia da organização da política de saúde iniciando pela estruturação de uma rede de atenção à saúde em nível primário.

De acordo com a definição inscrita no artigo 2º da Política Nacional de Atenção Básica:

Art. 2º a atenção básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A definição de atenção básica revela uma categorização desse nível de atenção classificado como à base do sistema de saúde, que acolhe o indivíduo em seu contato inicial, viabilizando a inserção deste em uma rede de cuidados cujo foco é a integralidade da saúde, oferecendo serviços de proteção, promoção em saúde, diagnóstico e reabilitação. Nesse sentido mantém conexão com os outros níveis de saúde, de modo a garantir que o compromisso de cuidado integrado seja efetivado. Além disso, é o canal de acesso da comunidade à equipe de multiprofissionais da área, bem como, à Política de Saúde.

A Constituição Federal do Brasil do ano de 1988 institui o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual passou a integrar e a conectar serviços, ofertando-os a população em todo país através de uma rede de regiões de saúde. E devido a gestão do SUS ter passado a ser exercida de maneira descentralizada, ou seja, as decisões e gestão sobre saúde passaram a ficar a cargo também dos municípios e não mais dependente da União, a saúde se regionalizou visando também alcançar os diversificados territórios do Brasil. Outro fator que contribuiu para o processo de descentralização das ações em saúde da esfera federal para o âmbito municipal, foi a entrada do neoliberalismo no cenário político e econômico brasileiro, a partir do ano 1990, pois trouxe como consequências a redução com gastos sociais, especialmente com as políticas públicas, dentre estas a política de saúde. E ainda acirrou os critérios da transferência de responsabilidades alegando a redução dos gastos estatais e diminuição de desvios dos recursos da ceara federal para os municípios.

Outro marco importante, que também ocorreu no ano de 1990 e contribuiu para o desenvolvimento e estruturação da política de saúde brasileira, foi à promulgação da Lei nº 8080/90, que recebeu o nome de Lei Orgânica da Saúde (LOS). Através da LOS, foram estruturadas “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990). Assim a LOS regulamentou os artigos compreendidos entre o art. 196 ao art. 200, que estão previstos constitucionalmente. E objetiva ainda construir a saúde pública no país em comum acordo com as políticas sociais e as necessidades sociais que se apresentam na dinamicidade da História do Brasil.

A descentralização da gestão do sistema de saúde pública da esfera federal do país para os municípios fez com que se abrissem as portas para a construção do sistema de atenção básica a saúde. Os municípios passaram a receber os recursos advindos da União para formação, execução e responsabilização do Sistema Único de Saúde em nível regional. Diante disso, no ano de 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), configurando como a base na qual se estruturou a atenção básica.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. O programa ataca de maneira objetiva e direta os problemas cruciais da saúde materno-infantil, e o agente comunitário de saúde (ACS) atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004, p. 197).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) serviu de base para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF) visando à operacionalização da Política de Atenção Básica em Saúde.

Em 1992, ocorreu a 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e teve como tema central a municipalização. “Este tema central foi visto em sua totalidade, não apenas no aspecto organizativo dos serviços de saúde, mas enfocando sempre Saúde como qualidade de vida” (BRASIL, 1992, p. 5). A perspectiva discutida nessa conferência foi em defesa da municipalização como estratégia de implementar o texto constitucional visando a democratização da política de saúde e da descentralização e regionalização da prestação dos seus serviços. A descentralização e municipalização também permitiram o controle social na medida em que a saúde passou a ser prestada de forma distrital pelos municípios de médio e grande porte.

O processo de municipalização fortaleceu o sistema de atenção básica para os cuidados voltados a população e abriu espaço para que os profissionais dessa área pudessem

conhecer os determinantes sociais que influenciam na saúde da população e junto da comunidade caminhar na concretização dos princípios constitucionalmente determinados para um sistema único de saúde.

No ano de 1994 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), o qual, de acordo com Souza (2010, p. 31) “se tornou uma estratégia estruturante de uma Política Nacional de Atenção Básica [...]”, que se expandiu e consolidou em termos de organização dos serviços de saúde no nível da atenção básica no país. Com o PSF, a Política de Atenção Básica foi se desenvolvendo com foco na promoção e prevenção em saúde e considerando os determinantes sociais como fatores influenciadores do processo saúde-doença. Segundo informa Goulart (2010, p. 98) “a implantação do PSF se deu no âmbito da vigência da Norma Operacional Básica de 1993, mas sua expansão é especialmente caudatária da NOB de 1996”. O PSF foi criado para dar um redirecionamento aos objetivos, intencionado em fortalecer a atenção básica através da implementação de estratégias em saúde.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 1996 com o seguinte tema: SUS - construindo um modelo de atenção a saúde para a qualidade de vida. Essa conferência “reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos” (BRASIL, 1997). As providências tomadas a partir das 9ª e 10ª Conferências Nacionais de saúde resultaram nas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde: a NOB-SUS/93 e a NOB-SUS/96, que se configuram como importantes instrumentos normativos para promover e consolidar o SUS, sendo medidas para operacionalização da atenção básica a saúde. A partir da aprovação da NOB-SUS 1/96, por meio da Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996, o modelo de gestão do SUS foi redefinido nas esferas federal, estadual e municipal e estabeleceu as condições para cada ente do governo assumir a gestão da política de saúde em nível local e implementar as diretrizes do SUS. Nessa perspectiva, convém destacar algumas das diretrizes que couberam a gestão plena da atenção básica: a confecção de um planejamento de serviços básicos que são prestados pelo município no que se refere a saúde; administração de unidades ambulatoriais; fiscalização, gestão e controle de pagamentos aos prestadores de serviços à Política de Atenção Básica; responsabilidade por operacionalizar e alimentar o banco de dados do SIA/SUS (Sistema de informação Ambulatorial do SUS) sobre os serviços no âmbito da Política de Atenção Básica em saúde - segundo o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde - bem como, alimentar e manter atualizado os demais banco de dados de

interesse para cadastro nacional em saúde; avaliação permanente dos impactos das ações realizadas no âmbito da política de saúde; relatório anual de gestão com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 1996). Essas são algumas das responsabilidades, advindas com a municipalização e a descentralização da Política de Saúde, que estão definidas na NOB/SUS 1/96 para a gestão da atenção básica. Essa Norma Operacional Básica do SUS nº 1/96 foi uma marco no tocante a descentralização da política de saúde, pois definiu a competência que cabia aos estados e aos municípios no processo de gestão dos serviços prestados a população.

A Norma Operacional Básica do SUS nº 01 (NOB/SUS 01/96), dispôs sobre a descentralização da saúde, por meio da definição das responsabilidades e competências dos estados e municípios com a atenção básica em saúde.

A NOB 01/96, do Ministério da Saúde, vem contribuindo para a consolidação do programa, pois modificou a lógica de financiamento (anteriormente baseada na produção de serviços) passando a estabelecer o pagamento em função da cobertura populacional e introduzindo o incentivo do Programa Saúde da Família, além de outros mecanismos técnico-gerenciais. Para o PSF, a Portaria nº 1.329, de 12.11.99, estabelece que, de acordo com a faixa de cobertura, os municípios passam a receber incentivos diferenciados [...]. A diferenciação existente nos valores dos incentivos deve-se ao fato de que quanto maior o número de pessoas cobertas pelo PSF, maior o seu impacto (BRASIL, 2000, p. 318).

A publicação da NOB/SUS no ano de 1996 firmou o modelo da atenção básica em saúde, formalizando-o como modelo oficial do SUS. A partir disso, de acordo com Soares (2016, p. 15), “surge o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) que modificou a forma de financiamento e repasse de recursos aos estados e municípios, os recursos destinados às ações de atenção básica passam a serem fixo”. Como consequência desse fato, as Estratégias de Saúde da Família (ESF) foram expandidas em todo território nacional, fortalecendo a oferta da atenção básica.

No de 1997 o Programa Saúde da Família passou por uma alteração “na alocação de recursos, forma de pagamento de serviços e modelo de assistência” (KILSZTAJN, 2001, p. 285). Também a rede de serviços de saúde ofertados a população e a ampliação de cobertura de bases territoriais de saúde sofreram modificações que registraram historicamente a ocorrência de que, o ano de “1997 altera a concepção do programa que passa a ser denominada Estratégia Saúde da Família” (GELINSK, 2011, p. 101). Assim, o PSF foi renomeado transformando-se em ESF configurando-se como uma estratégia de saúde pensada para as famílias brasileiras, envolvendo a perspectiva de todos os entes federativos, bem como

a população, para que esta se engaje e compreenda a sua responsabilidade pela saúde de todos os cidadãos.

Assim define-se a Estratégia de Saúde da Família como um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (MOREIRA; CASTRO, 2009, p. 53).

A Política de Atenção Básica em Saúde, quando gerida pelo PSF foi exercida de modo focalista destinando-se principalmente a parcela mais vulnerável da população que não tinha acesso a nenhum serviço da política de saúde, sequer aos serviços primários. Já na condição de ser gerida pelo ESF, a Política de Atenção Básica tornou-se uma referência de organização do sistema único de saúde (SUS).

No ano de 2002, para fortalecer as ações no nível da atenção primária a saúde, foi regulamentada no Brasil, por meio da lei nº 10.507/2002, a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS), sinalizando que o exercício desta profissão encontra-se ligado ao ideal de desenvolvimento das ações no nível de atenção básica do SUS. Em 2006, ocorreu a revogação da Lei nº 10.507/2002, por outra Lei de nº 11.350/2006, que regulamentou também o serviço do Agente de Combate a Endemias (ACE) e impôs a atribuição profissional de cada um destes agentes conforme as diretrizes do SUS. Foi por meio destes agentes de saúde que, através do contato direto com as comunidades, a atenção básica em saúde começou a se estruturar, resultando no modelo conforme está posto na atualidade.

Também em 2006 foi deliberada a Portaria nº 648/GM, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo “a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2006). Assim, a referida normativa definiu que:

A Atenção Básica tem como fundamentos: I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados

alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

Conforme determinou a referida legislação, a atenção básica é considerada a porta de acesso para os cidadãos no SUS, pois é o nível mais próximo da população. Após aberta esta porta o usuário do serviço tem o direito de ter sua necessidade de saúde amparada por uma rede hierarquizada em níveis, que o permite transitar entre a baixa, a média e alta complexidade. Nesse sentido, a Atenção Básica caracteriza-se por ser o nível na saúde, responsável pelos atendimentos de menores complexidades e densidades. Essa política passou por um processo de expansão no que se refere às estratégias e ações adotadas para operacionalização dos princípios constitucionais visados para a saúde pública, tendo como um dos resultados a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (CAMPOS, 2013).

O Ministério da Saúde instituiu o NASF no ano de 2008, por meio da Portaria nº 154, que apresenta no artigo 1º que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família têm como objetivo: “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008). O NASF nasceu para apoiar o SUS, garantindo a comunidade em geral o atendimento integral a saúde mediante a inserção de profissionais de diversificadas áreas de conhecimentos em saúde nas equipes da rede de atenção a saúde da atenção básica. Dessa forma abriu espaço para que profissionais não médicos fossem inseridos em maior número para exercer suas funções profissionais na Política de Atenção Básica em saúde e dentre estes profissionais encontra-se o assistente social. “O NASF dá apoio interdisciplinar às equipes de saúde da família na tentativa de gerar sustentabilidade na esfera da atenção primária à saúde” (SOUZA et al., 2013, p. 237). Os profissionais que atuam no NASF são designados a trabalhar em equipe mediante a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No ano de 2011, foi instaurada através da portaria do Ministério da Saúde (MS), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). E conforme Soares (2016, p. 16), “com base na PNAB hoje a atenção básica a saúde funciona como porta de entrada do cidadão aos serviços públicos de saúde, tendo como base a Estratégia Saúde da Família (ESF)”. No nível de financiamento, a nova PNAB trouxe modificações, uma vez que passou a contemplar municípios menores e com maiores populações em grau de carência de recursos e pobreza extrema.

Um importante passo para a atenção primária em saúde no Brasil foi dado em 2011, através da instituição Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

Básica (PMAQ), pois, foi por meio desse programa que o Governo Federal se comprometeu em qualificar o SUS e passou a operacionalizar medidas que implicaram na melhoria das ações prestadas e do acesso da população a este sistema único de saúde no país. O PMAQ foi instituído por meio da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 do Ministério da Saúde, e apresenta como objetivo principal:

[...] induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2015).

O PMAQ surgiu para atender a uma necessidade de ampliação do acesso da atenção básica em saúde visando garantir de forma equânime, um padrão de qualidade nos serviços de saúde em todo o país. Para tanto foi instituído em ciclos, sendo que a primeira fase, que ocorreu em 2011, foi denominada de adesão e contratualização e consistiu na aderência dos municípios e contratação das equipes de saúde; a segunda fase, chamada de avaliação externa e certificação, ocorreu no ano de 2013 e foi de verificação *in loco* do processo de trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes aderidas com a atribuição de certificados; e no ano de 2015 ocorreu a terceira versão, denominada de recontratualização, sendo realizada nessa fase, a avaliação externa, em que os municípios e as equipes que aderiam ao programa, foram avaliados por Instituições de Ensino e Pesquisa para recontratualização e adoção de melhorias nos padrões de qualidade da atenção básica prestada no país (BRASIL, 2015).

No ano de 2015, a Portaria nº 1.645 do Ministério da Saúde, revogou a legislação anterior de 2011 e, regulamentou a terceira fase do programa. Antes disso as fases do PMAQ eram quatro: a fase do contrato, do desenvolvimento, da avaliação externa e da recontratualização. Porém após a revogação da primeira legislação, o referido programa foi reestruturado de modo mais coerente para atribuir maior fluidez, sendo assim, as fases foram condensadas para três: adesão e contratualização, avaliação externa e certificação e, recontratualização (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, o PMAQ contribuiu para redefinir a direção da atenção básica no Brasil, uma vez que ao longo dos anos muitas foram as medidas adotadas para ampliar a atenção básica nacional, contudo, esse programa foi direcionado para acompanhar de modo atento, as formas como o acesso a atenção básica vem sendo garantido à população no Brasil e, as formas como as equipes estão desempenhando o seu trabalho na estratégia de promover esse nível primário de saúde. Portanto, o PMAQ acompanha, avalia e estimula a qualidade dos serviços prestados nesse âmbito.

Por conseguinte, no ano de 2015, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, adotou estratégias para fortalecer a atenção básica nos anos posteriores, de modo que ocorreram no país: fóruns, debates e encontros, que discutiram sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica em saúde, todavia o país passou por importantes fatores políticos que interromperam esse processo, como por exemplo, no ano de 2016 em que ocorreu o impeachment da Presidente Dilma Rousseff e a oficialização da posse de Michel Temer como o Vice-Presidente da República naquele momento. Esse período foi de instabilidade no campo político, fato que adiou a revisão da PNAB que somente veio a ser instituída no ano de 2017, porém essa revisão recebeu críticas dos segmentos populares da saúde e dos movimentos sociais, por ter sido iniciada em um período de fragilidades na política nacional.

Após essas normativas sobre a PNAB, surgiu ainda outra Portaria de número 2.436, instituída em 21 de setembro de 2017 que aprovou “[...] a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2017). Essa política determinou a revisão de diretrizes da política anteriormente existente. Contudo,

o processo de revisão da PNAB, ocorrido entre 2015 e 2017, foi fortemente marcado por disputas técnico-políticas entre o Ministério da Saúde e as instâncias representativas de secretarias municipais e estaduais de saúde. As principais mudanças introduzidas pela nova versão da PNAB são a possibilidade de financiamento de outros modelos de organização da atenção básica além da Estratégia Saúde da Família; a ampliação das atribuições dos agentes comunitários de saúde; a construção da oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliadas da atenção básica; e a inclusão do gerente de atenção básica nas equipes (ALMEIDA et al., 2018, p. 1).

Na PNAB publicada no ano de 2017 destacou-se, quanto aos principais conteúdos da revisão a nova publicação: a manutenção da questão do financiamento, no âmbito da atenção básica para as equipes da saúde da família e o financiamento das equipes de atenção básica, também as atribuições de todos os membros da equipe de saúde e a coordenação do trabalho dos agentes comunitários da saúde e ainda o reconhecimento do papel do gerente na Unidade Básica em Saúde. Além desses novos assuntos acrescentados no processo de revisão, a PNAB/2017, também reconheceu a importância da educação, do ensino na área da saúde e a necessidade de utilizar dos estudos resultantes do processo de ensino, pesquisa e extensão para o fortalecimento da atenção básica do SUS (ALMEIDA et. al., 2018).

Para fortalecer a compreensão, os procedimentos atenção básica podem ser entendidos como ações que apóiam os serviços da porta de entrada do SUS prestados pelas ESF, onde o

paciente busca inicialmente, como referência para resolução de questões em saúde. Assim, “[...], os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população são em geral denominados de serviços de atenção primária” (GIOVANELLA, 2006, p. 952).

Segundo conceituam Portela e Ribeiro (2016, p. 35) o atendimento na atenção básica refere-se ao “nível de atenção correspondente aos serviços ambulatoriais não especializados de primeiro contato, ou seja, de entrada de pessoas nos sistemas de saúde”.

a atenção primária difere da atenção por consulta de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos (STARFIELD, 2002, p. 29).

Lavras (2011) associa os conceitos de serviços ambulatoriais e de atenção básica em saúde, revelando a existência de dois entendimentos importantes a considerar: um seletivo e outra abrangente. Nesse sentido, verificou-se também que para Conill (2008, p. 57) a atenção primária a saúde tem a perspectiva de ter a natureza de “[...] cuidados ambulatoriais na porta de entrada ou de uma política de reorganização do modelo assistencial, quer seja sob forma seletiva ou ampliada”. Essas concepções são distintas e influenciam no entendimento existente a respeito da prestação de serviços nessa esfera. A referida autora explica que à concepção seletiva é mais comum nos países de economia subdesenvolvida.

No sistema de saúde dos países europeus, a atenção primária dispõe de atendimento no âmbito das clínicas com consultas em ambulatórios, conforme pode-se constatar em Giovanella (2011) que estudou a atenção primária prestada na Alemanha, onde a atenção nesse nível é responsável por um amplo atendimento das demandas de saúde, uma vez que vincula a sociedade aos atendimentos prestados por médicos comunitários ou de saúde da família ou ainda, que tenham nível de especialização generalista e, em saúde da sociedade. Essa concepção ampliada também foi abordada por Lavras (2011, p. 868), ao afirmar que “em vários países europeus e no Canadá, a atenção primária é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema”.

Já em relação à concepção da atenção no nível primário de sentido seletivo, conforme indicou Conill (2008), constatou-se que diz respeito a ofertas de serviços que são reduzidos ou

focalizados devido aos custos e que não podendo ser ofertada de maneira ampla tornam-se seletivas. Portela e Ribeiro (2016, p. 35) discutem que “na abordagem seletiva, geralmente, as decisões [...] são determinadas por considerações sobre custos. Em grande parte dos países periféricos, com esquema de proteção social de caráter residual, a cobertura da APS é considerada segmentada [...]”. Na concepção focalista, tais serviços são restritos e direcionadas aos extremantes pobres, pois as decisões levam em consideração os custos, não sendo possível garantir o atendimento adequado a todos os cidadãos.

Diante disso é fundamental compreender que no Brasil, os serviços na atenção básica não utilizam as tecnologias mais sofisticadas e nem profissionais específicos para tratar o paciente, como nos ambulatórios da atenção secundária e hospitais da rede terciária. Os serviços de saúde da atenção básica brasileira, dizem respeito às ações realizadas por equipes multiprofissionais que tratam de forma continuada, desenvolvendo junto ao paciente uma relação de comprometimento com a promoção e prevenção da saúde. Para tanto as ações de saúde nesse âmbito se voltam a compreender o processo sócio-histórico no qual o usuário dos serviços de saúde se insere, buscando acolher o paciente e toda a sua histórica rede de cuidados de saúde e entender os determinantes sociais que o envolvem para fortalecer o paciente que está tendo acesso direto aos serviços, a fim de que este se constitua como agente multiplicador da vigilância em saúde, além de promotor de saúde, de prevenção e redução de danos na comunidade onde reside.

Nessa perspectiva a atenção primária a saúde (APS) tem sentido abrangente e vem sendo compreendida como a primeira organização entre os níveis de saúde e assim sendo, acolhe um gama de serviço no que tange ao trabalho de equipes interdisciplinares cuja atuação é direcionada a apoiar as ações de saúde pública no nível inicial, visando encontrar soluções para as demandas de saúde de uma população de maneira geral, pois considera o caráter universal do SUS, mas diante das necessidades de priorizar a atenção quanto aos recursos, volta-se a atender a parcela da população que procura por atendimento no Sistema Único de Saúde, sem, contudo desliga-se do princípio constitucional da universalização do acesso, como o ideal para a oferta desses serviços e do comprometimento com a rede de cuidados continuados e integrados, para melhoria dos serviços dessa natureza.

Na visão de Gozzi (2017) o serviço da atenção primária a saúde refere-se ao primeiro nível que integra uma rede de cuidados especiais e que dizem respeito ao trabalho das equipes multiprofissionais. Atualmente a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, prever que a atenção básica à saúde deve ser prestada pelas unidades básicas de saúde (UBS), sendo

composta pelas seguintes equipes: 1 - Equipe de Saúde da Família (eSF); Equipe da Atenção Básica (eAB); 3 - Equipe de Saúde Bucal (eSB); 4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e 5 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (BRASIL, 2017).

Assim, o espaço do UBS é comumente reconhecido como porta de entrada para atendimento primário de saúde, porém, na perspectiva multiprofissional das equipes que prestam apoio nas ESF, o espaço da UBS pode ser ampliado, através das ações desenvolvidas nos territórios. Nesse sentido, o atendimento se amplia indo além do espaço físico da UBS e chegando até a comunidade, no espaço geográfico das regiões de saúde, fato que está previsto na PNAB e que permite a ampliação do alcance e da longitudinalidade, além da integralidade dos cuidados em saúde.

Quanto ao financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, instituiu o Programa Previne Brasil, que está em processo de implantação. Além de reestruturar a forma de financiamento, esse Programa ampliar o acesso e a qualidade na atenção básica a saúde no país, como forma de garantir a equidade. Para tanto, prever a prorrogação do horário de atendimento por meio de um Programa chamado de Saúde na Hora Certa, bem como, o investimento na vertente da informatização das Unidades Básicas de Saúde, através do Programa Informatiza APS, que é uma estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, denominado Conecte SUS.

3.2 Sistemas de Informação em Saúde e os Bancos de Dados sobre o Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, os sistemas de informações em saúde são instrumentos que armazenam, coletam e organizam as informações sobre a saúde da população e que vem contribuindo de modo positivo para a gestão, planejamento e ações relativas à política de saúde no país.

[...] um sistema de informação em saúde representa um meio para a obtenção de informações necessárias para que os serviços de saúde possam desenvolver e aplicar estratégias, que possibilitem melhores condições ao planejamento e à avaliação de ações para melhorias na área da saúde (SANTOS et al., 2014, p. 834).

No mesmo sentido, também conceituam Brandão e Silva (2015, p. 17) sobre os Sistemas de Informações em Saúde (SIS), como “um importante mecanismo de coleta,

processamento e organização das principais informações de uma população, servindo de base para a tomada de decisões no planejamento dos serviços de saúde”.

A informatização das práticas de saúde encontra-se atrelada ao processo de luta do povo brasileiro por melhorias, democratização e universalização da política de saúde. No SUS a informatização vai contribuir com a gestão da saúde, já que esta, devido a descentralização e a municipalização, passou a ser desenvolvida em todo o território nacional, utilizando os sistemas de informações em saúde para concretizar esse processo. Nesse sentido os sistemas de informações desenvolvidos e utilizados pelo SUS criaram uma base de dados que funcionam como banco de informações que garante a transparência como princípio assegurado pela Constituição Cidadã e o controle social na saúde.

Os sistemas de saúde são responsáveis pela formação de importantes bancos de dados que contribuem com a administração e o melhoramento da política de saúde. No Brasil, esses sistemas encontram-se alocados dentro no sítio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o qual foi criado pelo Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, para dar suporte ao Ministério da Saúde através da criação de sistemas que gerenciam e organizam as ações realizadas nos estabelecimentos do SUS. Desse modo, trata-se de um grande provedor responsável pelos principais sistemas de informação da saúde do país, nos âmbitos estaduais e municipais que possibilita a descentralização dos serviços. Também estes sistemas estão formando importantes bancos de dados com informações verídicas que registram e expressam a realidade da saúde da população e o cotidiano do trabalho de profissionais das mais diversas áreas que estão na operacionalização desta política. Nessa perspectiva, o uso de informações de bancos de dados vem se constituindo como uma importante ferramenta de expressão sobre o processo de trabalho do assistente social na saúde.

A formação de banco de dados como fonte de informação do trabalho do assistente social é a expressão da utilização desses sistemas de informação, os quais traduzem que a relação do Serviço Social com a tecnologia vai auxiliar no processo de trabalho desse profissional, implicando em uma atualização do assistente social para operacionalização desses sistemas. Entretanto, o uso da tecnologia de informação no trabalho do assistente social atende as exigências do sistema capitalista no que tange a organização do processo de trabalho para gerir e aumentar os recursos financeiros através da melhoria da produtividade e da gestão de recursos. A serviço do capitalismo, esses sistemas tecnológicos são colocados para registrar, acompanhar, controlar, fiscalizar e gerir o processo de trabalho no atendimento das demandas no cotidiano da saúde.

De acordo com Castells (1999, p. 476), “o advento da indústria de alta tecnologia, ou seja, a indústria com base na microeletrônica e assistida por computadores introduziu uma nova lógica de localização industrial”, de forma que Castells (1999) chamou esse novo momento da história de capitalismo informacional. O referido autor também denominou este novo espaço ocupado pelo poderio da indústria capitalista de revolução tecnológica.

A globalização adentrou ao mundo econômico e na cultura das pessoas no planeta a partir do final do século XX com uma determinação à qual nenhum governo ousou resistir. Ficar de fora dos mercados mundiais é a decretação de morte para economias claudicantes de países em desenvolvimento bem como de países desenvolvidos (CAZAROTTI, 2015, p. 1).

A globalização foi uma terminologia difundida entre o final do século XX e início do século XXI, mas que já vinha sendo gestada, anteriormente, ao longo da história mundial. O foco de interesses do capital na globalização deve-se ao seu poder de adentrar e imperar, nos mais diversos espaços do mundo e em diversos setores da vida em sociedade, como por exemplo: saúde, educação, trabalho, política, economia, sociedade, lazer, indústria. A era informacional é marcada pelo desenvolvimento e expansão da globalização que trouxe ganhos para a sociedade capitalista que se apropriou dos conhecimentos e dos recursos da tecnologia de informação e comunicação (TIC) para avançar e expandir seu domínio em escala mundial.

[...] a globalização é a forma que toma a difusão da sociedade em rede a uma escala planetária, e as novas tecnologias de comunicação e transportes fornecem a infraestrutura necessária ao processo de globalização. As novas tecnologias de comunicação também auxiliam a operacionalizar, na actualidade, um complexo estado em rede, mas é mais uma ferramenta de performance do que um factor determinante. A transição de um estado nação para um estado em rede é um processo organizacional e político lançado pela transformação da gestão política, representação e dominação nas condições da sociedade em rede (CASTELLS, 2005, p. 26).

Segundo Castells (1999, p. 469) a sociedade em rede que proporcionou “a economia global/informacional é organizada em tomo de centros de controle e comando capazes de coordenar, inovar e gerenciar as atividades interligadas das redes [...]”. Isso reflete um pensamento de Silva (2003, p. 3) de que “as tecnologias de informação não podem ser compreendidas como instrumentos neutros, mas que existe uma intencionalidade na sua aplicação” e essa intenção encontra-se a serviço do capital.

O processo da globalização que integrou os mais diversificados países do mundo desenvolveu um sistema global de conexão entre economia, política e sociedade. A globalização foi um fenômeno que se destacou no cenário mundial entre os séculos XX e XXI e contribuiu para a intensificação das relações entre os países, utilizando, para tanto, a

tecnologia de informação, fato que possibilitou e facilitou a comunicação internacional. No Brasil, a globalização refletiu nos variados setores e políticas públicas. Isso foi o que ocorreu no âmbito da saúde pública que adotou o uso das tecnologias para comunicação e para operacionalizar a gestão descentralizada dos seus serviços, tendo como meta o melhoramento do Sistema Único de Saúde (SUS), além da padronização dos procedimentos de saúde desempenhados em todo o país.

Nesse contexto se encontra a atuação profissional do assistente social frente aos sistemas de informações e tecnologias, o qual por não possuir processos de trabalho exclusivos, adapta-se as atribuições e intenções das instituições de trabalho.

Este, na condição de um trabalhador assalariado especializado, não dispõe de um poder mágico de “esculpir” o processo de trabalho no qual se inscreve, o que ultrapassa a capacidade de ingerência de qualquer trabalhador assalariado individualmente. É função do empregador organizar e atribuir unidade ao processo de trabalho na sua totalidade, articulando e distribuindo as múltiplas funções e especializações requeridas pela divisão social e técnica do trabalho entre o conjunto de assalariados (IAMAMOTO, 2012, p. 107).

No âmbito da saúde pública, o processo de trabalho do assistente social se insere em uma organização de trabalho cuja lógica é a do Estado neoliberal. Em razão disso, diante da exigência de cadastrar e registrar suas ações de trabalho nos sistemas de informação, “na maioria dos casos, o profissional não questiona em quais condições e quais objetivos estão implícitos nessas tecnologias de informação, limitando-se apenas a operá-las” (SILVA, 2003, p. 3). No caso do SUS, os dados que são cadastrados para alimentar os bancos de dados dos sistemas de informações em saúde atendem a finalidades burocráticas e financeiras, sobre o processo de trabalho do assistente social, pois apresentam questões formalmente objetivas e que não expressam a realidade de precarização das condições de trabalho que são vivenciadas pelo assistente social no Sistema Único de Saúde.

A conexão entre as funções que constituem a totalidade do processo de trabalho nem sempre é visível para os indivíduos, por que existe fora deles, no capitalista ou no Estado, que os reúne e os mantém coesos. A integração entre os seus trabalhos se lhes enfrenta como plano, como autoridade, como poder de uma vontade alheia que submete aos seus propósitos a atividade deles. Aqueles inúmeros processos de trabalho, do ponto de vista da formação e reprodução do valor, não são mais diversas fases sucessivas de um mesmo processo de reprodução do capital (IAMAMOTO, 2012, p. 109).

Esses cadastros nos sistemas de informações em saúde atendem a uma necessidade de gestão otimizadora das práticas de trabalho para atender a lógica da lucratividade e da economia de recursos e corte de gastos da saúde, visando, sobretudo as perspectivas neoliberais para produzir e reproduzir os interesses do capitalismo. No caso dos sistemas de

informações da saúde, quando captam e disponibilizam somente os processos que são realizados no trabalho do assistente social, sem, contudo averiguar a percepção do profissional sobre suas condições de trabalho, ou seja, focando apenas nas ações que foram desenvolvidas por suas práticas de trabalho, contribui para o alheamento do trabalhador que não se perceber-se como parte que compõe o processo de restabelecimento da saúde do usuário na sua integralidade. A lógica capitalista nesse sentido concentra-se em fazer desses bancos de dados para planejar as formas mais lucrativas de gerir recursos financeiros visando à economia de recursos com a saúde pública, não levando em consideração o processo de trabalho.

O processo de reprodução do capital leva ao assistente social, que faz parte de um processo de trabalho coletivo, a atender ao cadastro desses sistemas de informações, tendo que responder sobre suas ações de trabalho de maneira fracionada para contabilizá-las em números como forma de preencher os requisitos do banco de dados desses sistemas de saúde que visam à gestão financeira dos serviços. E isso desconfigura o processo de trabalho do assistente social, ao considerar que as ações cadastradas nos sistemas de maneira fracionada representam a totalidade do trabalho do Serviço Social ou, que um instrumento de trabalho que foi menos informado pelo assistente social ao sistema de informação, seja menos importante.

Contudo, as tecnologias de informação não podem ser apenas analisadas a partir de conseqüências negativas expostas em tela. Acreditamos que, deve-se admitir que as tecnologias de informação trouxeram inúmeros benefícios ao processo de trabalho do Assistente Social, como por exemplo, uma manutenção atualizada de banco de dados da população usuária do serviço, a possibilidade da utilização de *softwares* que cruzam dados de atendimento com indicadores sociais, facilitando e otimizando o processo de gestão de serviços sociais, assim como o planejamento eficiente e eficaz, e ainda um constante processo de monitoramento e avaliação (SILVA, 2003, p. 3).

Em seu processo de trabalho na saúde o assistente social tem a possibilidade de transcender as estratégias do sistema capitalista, buscando utilizar desses recursos tecnológicos para potencializar sua capacidade de interpretar a realidade, inovar e construir com criatividade novas ações de trabalho comprometidas com o Projeto Ético-Político da Profissão, conforme sugere Yamamoto (2012, p. 20),

um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.

Os bancos de dados com registros sobre a atuação profissional do assistente social constituem-se como recursos que potencializam a dimensão investigativa e de reflexão crítica sobre a realidade, que são necessários para um bom desenvolvimento do processo de trabalho do assistente social, pois esses bancos de dados permitem capturar o movimento da realidade e através de um levantamento de dados, “fazer o cruzamento das informações, produzir certa análise de conjuntura à luz desses dados e dar respostas criativas e embasadas em pressupostos teóricos sobre seu trabalho” (SODRÉ, 2010, p. 469). Isso requer que o profissional se capacite e se articule com outros campos do saber para proceder, de forma correta, a leitura e análise crítica das produções estatísticas viabilizadas por esses bancos de dados.

No Brasil, os sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), que estão ativos no país, configuram-se também como bancos de dados de domínio público e tem como base o direito ao acesso de informação pública que se encontra instituído na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90). Também ampara na Lei de Acesso a Informação (Lei nº 12.527, de 2011), a qual prever que:

Art. 3º Os procedimentos previstos nesta Lei destinam-se a assegurar o direito fundamental de acesso à informação e devem ser executados em conformidade com os princípios básicos da administração pública e com as seguintes diretrizes: I - observância da publicidade como preceito geral e do sigilo como exceção; II - divulgação de informações de interesse público, independentemente de solicitações; III - utilização de meios de comunicação viabilizados pela tecnologia da informação; IV - fomento ao desenvolvimento da cultura de transparência na administração pública; V - desenvolvimento do controle social da administração pública (BRASIL, 2011).

Nesse sentido os bancos de dados dos sistemas de informação em saúde do SUS são de domínio público e tratam-se de dados oficiais do Governo brasileiro que tem a perspectiva de garantir a transparência e o controle social sobre as negociações financeiras, ações e serviços prestados que são executados no âmbito da Política de Saúde.

Ao longo dos anos o Sistema Único de Saúde brasileiro veio incorporando novas tecnologias, através desses sistemas de informações do Ministério da Saúde que estão sob a competência do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os referidos sistemas são também banco de dados, na medida que dispõe de um acervo digital de registros produzidos e que contribuem para o fortalecimento da política de saúde através da disponibilização pública das informações obtidas por esses sistemas.

O Brasil é detentor de uma ampla experiência na implementação e operacionalização dos sistemas de informação aplicados na Política de Saúde (BRASIL, 2009). E foi com base

na experiência acumulada em tecnologias da informação (TIC) utilizadas na área da saúde que o Brasil pactuou por meio da Resolução CIT nº 19, de 22 de junho de 2017, a estratégia do e-Saúde, para ser incorporada no país até o ano de 2020. Nesse sentido, a referida estratégia representa um compromisso assumido com a implementação e o aprimoramento dos processos de informatização, mecanismos e recursos tecnológicos na área da saúde e, tem a finalidade de contribuir com o desenvolvimento do SUS, com o objetivo de garantir a qualidade e efetividade na resolução dos processos de trabalho e práticas nessa área.

“O uso do conceito ‘e-Saúde’ espelha uma estratégia para a adoção de padrões de informática em saúde para o atendimento de diretrizes propostas pelas políticas de informação em saúde mundiais” (BRASIL, 2016, p. 8). Essa concepção foi divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que vem apoiando as Tecnologias da Informação e Comunicação para desenvolver a Saúde no nível mundial.

A e-Saúde vem mudando a maneira de se organizar e ofertar serviços de saúde em todo o mundo e o Brasil não é exceção. As atividades de Saúde estão intimamente ligadas à informação e comunicação e dependem de conhecimento e tecnologia para viabilizar mecanismos inovadores, efetivos, eficazes e eficientes que ampliem o alcance e aumentem a qualidade, a resolubilidade e a humanização dos diversos aspectos da atenção em saúde (BRASIL, 2017, p. 17).

A e-Saúde trata-se de uma estratégia brasileira que foi adotada para materializar o projeto de Saúde Digital com a implantação as tecnologias de informação no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil. Essa proposta encontra-se amparada nos pilares das diretrizes da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) regulamentada pela Portaria nº 589/GM/MS em 2015, também nas diretrizes do Programa de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov) e na necessidade de organização e funcionamento dos serviços do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) conforme determina a lei 8080/90.

Atualmente o SUS vivencia o seu momento de transformação digital denominado pelo Ministério da Saúde do Brasil como Saúde Digital, o qual diz respeito à utilização da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) com o intuito de produzir e disponibilizar aos cidadãos informações de qualidade sobre o trabalho desenvolvido na política de saúde do país.

O processo de transformação digital do SUS insere-se em um amplo projeto chamado de Saúde Digital que é mais abrangente que o e-Saúde e, integra o programa do Governo Federal denominado Conecte/SUS. A finalidade desse processo é elaborar novas Estratégias de Saúde Digital (ESD) com o apoio e a parceria da Organização Mundial da Saúde e a União Internacional das Telecomunicações (UIT), em conformidade com o documento intitulado:

Pacote de Ferramentas da Estratégia Nacional de e-Saúde, que visa implementar e operacionalizar as tecnologia da informação e comunicação (TIC) a as estratégias de saúde digital, em favor do planejamento e monitoramento dos cuidados com a política de saúde em todo o mundo.

As ações do trabalho dos profissionais de saúde, dentre os quais se encontram o assistente social da atenção básica, são registradas em sistemas de informação de saúde, que dispõe de bancos de dados que disponibilizam as informações ao público. Esses sistemas de informação fazem parte do Ministério da Saúde brasileiro e contribuem para materializar as Estratégias de Saúde Digital (ESD), as quais conectam todos os setores de saúde do Brasil, pela via dos sistemas de informações, transformando o SUS tradicional no SUS digital com a finalidade de melhorar a qualidade da rede de atenção. As tecnologias da informação e da comunicação (TIC) existentes atualmente no SUS são responsáveis por organizar e gerir os dados cadastrados sobre os procedimentos realizados na área da saúde pública de todos os estados brasileiros.

O Governo Federal vem investindo nos sistema de informação em saúde, principalmente para a área da Política Nacional de Atenção Básica, pois esse nível de atenção se configura com a porta principal de acesso dos cidadãos a uma rede de cuidados integrados no país. O objetivo do Ministério da Saúde é qualificar o trabalho desenvolvido na Política de Saúde, desde a base, a fim de evitar o agravamento das doenças, identificando já no nível da atenção primária do SUS, os problemas da população, através das informações fornecidas pelas tecnologias, com a intenção de formular medidas de prevenção e promoção de qualidade de vida. O investimento em tecnologias e sistemas de monitoramento da saúde, desde a base da atenção primária, contribui também para não agravar e não onerar os problemas da população nos outros níveis de atenção, nos quais os gastos com tratamentos mais complexos são maiores.

“Historicamente, a experiência do Sistema de Saúde do Brasil tem sido acompanhada da implementação de vários sistemas de informação, voltados para diferentes dimensões: epidemiológica, demográfica, de produção de serviços e outras funcionalidades” (BRASIL, 2009, p. 9). Dentre estes, um estudo realizado por Scatena e Tanaka (2001, p. 2) revelou que,

são considerados como os principais sistemas nacionais de informação em saúde: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) [...].

Similarmente, Barbosa (2006, p. 25) afirmou a perspectiva anterior, defendendo que:

No Brasil, existem 6 principais SIS ligados ao MS que são: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Também os autores, Pinto, Freitas e Figueiredo (2018, p. 1860) realizaram um estudo analisando sobre os Sistemas de Informação em Saúde, que ao longo dos últimos 20-30 anos apresentaram periodicidade regular de utilização, com abrangência nacional e fontes de dados de domínio público. E nesse sentido constataram que, com base no Ministério da Saúde,

os principais sistemas de informações correspondem ao de mortalidade (SIM), de nascimento (SINASC), ambulatorial (SIA-SUS), de internações hospitalares (SIH), de notificações de doenças (SINAN), de atenção básica (SIAB), estes para níveis populacionais. Para unidades de saúde, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é a principal fonte de dados para estabelecimentos públicos e privados.

Diante disso na comparação entre os referidos estudos, ficou evidente que os últimos autores localizaram no ano de 2018, a mesma constatação dos dois primeiros estudos realizados no ano de 2001 e 2006, sendo que ao mais recente foi acrescido apenas o sistema do CNES. Constatou-se assim que os principais sistemas de informação em saúde que são de domínio público e possuem bancos de dados vinculados ao Ministério da Saúde são: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Nesse sentido, esses sistemas de informação em saúde podem ser caracterizados da seguinte maneira:

Sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), este foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS e implementado no ano de 1998, após a aprovação da Portaria nº 1.882 de dezembro de 1997 do Ministério da Saúde, com a finalidade de regulamentar o piso fixo da atenção básica a saúde. Este sistema era voltado para coletar e registrar o trabalho das equipes AB nas unidades de saúde, bem como as informações da APS, visando o custeio dos serviços e procedimentos. Dessa forma o repasse dos recursos para atenção básica estava condicionado ao cadastramento da produção dos serviços em saúde.

Contudo, o sistema foi apresentando fragilidade e limitações e, nesse sentido o Departamento de Atenção Básica (DAB) iniciou a reorganização da atenção básica e para melhorar o processo de trabalho desse nível de saúde adotou a estratégia e-SUS/AB que substituiu o sistema do SIAB, passando a vigorar no lugar deste o sistema denominado de SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica). Também por intermédio da estratégia do e-SUS/AB, foi desenvolvida uma plataforma exclusiva para abrigar os bancos de dados da APS. Esse novo espaço digital que acolheu a atenção básica no país foi chamado de e-Gestor/AB. Outra informação importante se refere ao fato do SISAB ser atualmente o sistema de informação que é referência, para os outros sistemas de saúde existentes no país, no que tange aos dados do nível da atenção primária. O SISAB encontra-se voltado para aperfeiçoar as condições de infra-estrutura e os processos de trabalho na APS. Integra o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) e vincula-se a Secretaria de Atenção à Saúde, estando disponível na Plataforma do e-Gestor/AB.

Em relação ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) foi implantado na década de 1990 na saúde pública brasileira com a finalidade de registrar e gerir a atenção ambulatorial, por meio do acompanhamento dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA), elaborados através do cadastro dos atendimentos realizados pelos diversos profissionais que trabalhavam nos ambulatórios do SUS. A natureza do SIA/SUS é contábil, pois, visa financiar os atendimentos e serviços prestados no nível ambulatorial. Com o passar dos anos, o SIA/SUS foi se aperfeiçoando e fornecendo aos gestores estaduais e municipais do SUS as informações que contribuíram para o planejamento, organização, avaliação e direção dos serviços de saúde prestados pelos ambulatórios. Possui aplicativos de captação dos atendimentos de natureza ambulatorial que ocorrem tanto na esfera pública quanto na esfera privada no Brasil. O SIA/SUS encontra-se disponível na Plataforma do DATASUS e vinculado a Secretaria de Atenção à Saúde.

No que tange ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), este foi instituído para registrar os dados sobre o número de mortes, os tipos e as causas dos falecimentos que ocorrem no país. Esse sistema foi criado no Brasil, no ano de 1975, porém passou pelo processo de informatização no ano de 1979 e dispõe sobre as “características da pessoa, tempo e lugar, condições de óbito, assistência prestada ao paciente, causas básicas e associada” (THOMAZ et al., 2015, p. 41). Como instrumento de coleta de dados, o SIM possui o instrumento da Declaração de Óbito (DO), o qual permite realizar análises

epidemiológicas. Encontra-se disponível na Plataforma do DATASUS e vinculado a Secretaria de Vigilância em Saúde.

Quanto ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), a função desse sistema é registrar os nascimentos vivos, para tanto os registros são feitos em um instrumento chamado Declaração de Nascido Vivo. O SINASC surgiu no Brasil em 1990, contudo, a obrigação em emitir a declaração dos nascimentos com vida para o Registro Civil de Nascimento é anterior a esse sistema, pois a Lei nº 6.015 foi instituída no ano de 1973 no país (OLIVEIRA, 2018). Esse sistema possibilita acompanhar a realidade populacional permitindo desenvolver ações para a Política de Saúde capazes de fazer a cobertura da população crescente. Esse sistema vincula-se a Secretaria de Vigilância em Saúde, e, portanto, tem um caráter epidemiológico, estando ativo em todo território nacional. Também encontra-se disponível na Plataforma do DATASUS.

Em referência ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Laguardia, et al (2004, p. 136) afirmou que esse sistema “[...] foi desenvolvido no início da década de 90, tendo como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional [...]”. No ano de 2010, a portaria nº 2.472, determinou a lista de doenças que poderiam ser registradas no sistema do SINAN, conforme determinação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O SINAN, também segue a linha epidemiológica e pode ser encontrado no banco de dados do DATASUS.

Já o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), segundo Scatena e Tanaka (2001, p. 2), “originou-se dentro do Ministério da Previdência e Assistência Social, inicialmente como Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). Sua é lógica predominantemente contábil”. O SIH foi instituído no Brasil no ano de 1991 com o objetivo de registrar as internações hospitalares custeadas pelo SUS. A abrangência desse sistema ocorre nos três entes da gestão da Política de Saúde: Federal, estadual e municipal. De acordo com Pinto, Freitas e Figueiredo (2018, p. 1861) esse sistema “foi instituído a partir do Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH) e do Sistema de Informações Hospitalar Descentralizado do SUS (SIHD-SUS)”. Os dados do SIH estão disponibilizados no DATASUS.

A respeito do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), esse sistema contém informações de três tipos de instituições que são vinculadas a Política de Saúde no país: públicas, privadas e conveniadas. Conforme instituiu a Portaria nº 1.646 / 2015 do MS:

“Art. 4º O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no CNES são obrigatórios para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional, devendo preceder aos licenciamentos necessários ao exercício de suas atividades, [...]”. Esse sistema de informação contribui para fazer uma leitura do território de saúde e permite aos gestores e cidadãos tomar conhecimento sobre os estabelecimentos de saúde existente em cada região do Brasil. Encontra-se vinculado a Secretaria de Atenção a Saúde e disponibilizado pelo DATASUS.

Os sistemas de informação em saúde que foram apresentados até aqui, estiveram vinculados ao Ministério da Saúde e localizados na plataforma digital do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), exceto o SISAB que fica localizado na Plataforma digital do e-Gestor/AB.

O DATASUS é a plataforma oficialmente responsável pela informatização, implementação e governança de tecnologias digitais da política de saúde no Brasil. O DATASUS, para gerir as informações recebidas pelos sistemas de informações em saúde, criou e utiliza dois importantes tabuladores para tratamento dos dados: o TABWIN e o TABNET, os quais disponibilizam as informações de maneira ordenada para todos os cidadãos. Portanto, a plataforma do DATASUS é uma fonte de informação de confiabilidade e segurança no que se refere aos dados sobre a saúde do país, estando vinculada ao Ministério da Saúde.

“O TABWIN é um programa desenvolvido para rodar na plataforma Windows, criado pelo DATASUS para facilitar o trabalho de tabulação e o tratamento de dados” (SILVA, 2009, p. 25). Como derivação do TABWIN, o DATASUS criou o TABNET, possibilitando a tabulação dos dados diretamente da internet. Para Silva (2009, p. 25) esse tabulador de dados, “permite a importação de tabulações efetuadas na Internet (TABNET); a realização de operações aritméticas e estatísticas nos dados da tabela; a elaboração de gráficos de vários tipos, inclusive mapas, a partir dos dados da tabela [...]”. Também elabora tabelas no Excel. Nesse estudo, optou-se pela utilização do TABNET, pois esse permitiu que a tabulação dos dados fosse realizada diretamente na internet, através do DATASUS.

O TABNET é um aplicativo disponível para todos os cidadãos de forma gratuita na plataforma do DATASUS gerando informações públicas e oficiais sobre as ações realizadas no SUS. Conforme definem Saldanha; Bastos e Barcellos (2019, p. 2) “o TabNet é uma interface de produção de tabelas de dados agregados por meio do acesso a micro-dados contidos nos seus servidores de dados”. O TABNET organiza as informações dos sistemas de

saúde. E, foi por meio do TABNET que foi possível acessar a base de dados digital do SIA/SUS, organizando e tabulando os resultados conforme as variáveis selecionadas para esta pesquisa.

Em relação ao sistema do SISAB, este funciona em uma plataforma própria denominada de e-Gestor/ AB.

O e-Gestor AB tem por objetivo centralizar os acessos dos usuários aos sistemas dos programas da Atenção Básica, desenvolvidos e gerenciados pelo Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, permitindo organização e agilidade no acesso aos mesmos (BRASIL, 2017, p. 3).

Através do e-Gestor/AB, os dados do SISAB ficam disponibilizados aos cidadãos de forma que podem ser obtidos como relatórios públicos sobre o trabalho das equipes AB, as características do território de saúde e da população no país. Por meio dessa plataforma os dados são organizados por sistemas e bancos de dados específicos dos programas e áreas da atenção primária como uma estratégia de gestão da informação do e-SUS/AB.

Por fim, dentre os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) apresentados, localizou-se que, as bases do SISAB e do SIA/SUS foram as que apresentaram relação com o tema dessa pesquisa. Em razão disso, devido a estes terem disponibilizado como variável de pesquisa: a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do assistente social e, o nível primário de atenção a saúde, o presente estudo focou em aprofundar os conhecimentos nesses dois bancos de dados.

3.2.1 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi regulamentado no Brasil mediante a Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, em consideração a necessidade de modernizar o sistema de informação preexistente, o SIAB, a fim de qualificar o processo de gerenciamento das informações, também como forma de incentivar a cultura do uso das tecnologias de informação para o cadastramento de dados relativos aos cuidados que são prestados a população no nível da atenção primária.

O SISAB é resultante de um sistema anterior, o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), o qual foi desenvolvido para coletar as informações das áreas cobertas pelos agentes comunitários de saúde e pelos profissionais de equipes de saúde da família, de modo que a sua utilização favorecia estritamente a gestão local. Dentre os limites do SIAB estava o fato deste abranger somente Unidades Básicas de Saúde (UBS) que apresentassem equipes de saúde da família vinculadas e trabalhando no respectivo estabelecimento. Além disso,

questionava-se sobre a confiabilidade das informações geradas pelo referido sistema, devido [...] “a falta de supervisão e controle da qualidade dos dados produzidos pelas equipes da ESF (MARCOLINO; SCOCHI, 2010, p. 318). Na vigência do SIAB, muitos profissionais sentiam dificuldades com esse sistema e registravam dados incorretamente ou não registravam ou ainda, não mantinham uma frequência nos cadastros das informações e esses fatores comprometiam ainda mais a segurança dos dados fornecidos, conforme constatou-se em Freitas e Pinto (2005, p. 553): “As limitações em relação à alimentação e interpretação dos dados identificam que o SIAB é de difícil compreensão pela equipe de saúde da família, gerando dados não confiáveis”.

Diante das restrições do SIAB, sentiu-se a necessidade de agregar os sistemas de informação para a Atenção Básica (AB) de modo a tornar um sistema unificado, cujos dados fossem individualizados e com maior nível de detalhamento das informações do processo de trabalho na atenção básica. Assim, tornou-se imperativa a urgência por desenvolver um sistema de informação, voltado especificamente para a atenção básica em saúde que contemplasse os dados de todas as equipes AB (BRASIL, 2013).

Essas questões entraram na pauta da reflexão da agenda política de atenção primária em saúde do Brasil, de modo que passou-se a dar mais foco a necessidade de cuidados para com a qualidade das informações e dos serviços prestados no nível primário do sistema único de saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde implementou iniciativas para melhorar o nível da APS no país, dentre as quais encontra-se a aprovação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), através da Portaria nº1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Esse programa foi criado, de acordo com Uchoa, et al. (2018, p. 102), “[...] pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) com a ideia de indução de ciclos de melhoria da qualidade a cada dois anos: 1º ciclo (2011/2012), 2º ciclo (2013/2014) e 3º ciclo (2015/2018 – em curso)”. E foi resultado dos esforços dos três entes federativos de gestão do SUS (municipal, estadual e federal) que permitiram à operacionalização a ampliação do acesso e qualidade da atenção básica em todo o Brasil.

No contexto do 1º ciclo do PMAQ, o então SIAB foi um aliado importante, no sentido de que o programa acompanhava e avaliava as equipes através desse sistema de informação. Porém, este ainda era limitado para a amplitude e perspectivas do PMAQ e precisou ser aperfeiçoada a fim de garantir uma cobertura mais abrangente, que fosse efetiva para cobrir com eficácia a atenção básica a saúde brasileira.

Quando ocorreu o 2º ciclo do PMAQ, no ano de 2013, foi criado paralelamente, no âmbito da APS, o sistema SISAB, que passou a conviver com o SIAB até a substituição gradativa deste. Essa situação pode ser constatada no art. 3º § 2º, da Portaria nº 1.412 / 2013 do Ministério da Saúde:

Art. 3º Os envios das informações pelas equipes de atenção básica para as bases de dados do SISAB terão cronogramas publicados em atos específicos do Secretário de Atenção à Saúde. [...]. § 2º O envio da base de dados do Distrito Federal e dos Municípios que não estiverem com o SISAB em operação ocorrerá por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em processamento paralelo.

Até o 3º ciclo do PMAQ, em 2015, o novo sistema do SISAB ganhou espaço e prevaleceu ante o antigo, o SIAB, o qual veio a ser substituído completamente. As diretrizes do PMAQ publicadas para esse ciclo reconheceram a importância da utilização do SISAB, colocando dentre os compromissos das equipes de atenção básica: “alimentar o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica / e-SUS-SISAB, de forma regular e consistente, independentemente do modelo de organização da equipe [...]” (BRASIL, 2015, p. 26). Assim, por meio do SISAB, o PMAQ avalia o processo de trabalho da APS, sendo o referido programa um pioneiro com essa iniciativa na atenção básica. E o trabalho do assistente social encontra-se nesse contexto.

O SISAB trata-se, portanto, de um novo sistema da atenção básica a saúde, operacionalizado por meio de uma estratégia de saúde, denominada e-SUS/AB, que foi criada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) com o objetivo de reestruturar a APS no Brasil, qualificando a gestão da informação por meio do uso das TICs e sistemas mais aprimoramento de tecnologias. Para materialização dessa estratégia, o SISAB conta com o apoio de dois sistemas de *softwares*, utilizados para a coleta dos dados: a Coleta de Dados Simplificado (CDS-AB) e, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2013). Esses *softwares*, que alimentam o SISAB, estando disponíveis para os cidadãos de forma gratuita, ou seja, é de uso público e direcionado para o tratamento de dados oficiais do Governo brasileiro, pois são fornecimentos pelo Ministério da Saúde e não requer pagamento para utilização, sendo portanto, um direito do cidadão.

O SISAB tem também a obrigatoriedade de alimentar mensalmente os outros sistemas de informação em saúde, com abrangência nas três esferas da gestão pública, fornecendo dados sobre a APS.

Art. 7º O "caput" e o § 2º do art. 2º da Portaria nº 3.462/GM/MS, de 11 de novembro de 2010, passam a vigorar com a seguinte redação: "Art. 2º Definir a obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas:

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e ou Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (BRASIL, 2013).

Nesse sentido o SISAB é o principal sistema da atenção básica, que repassa os dados coletados no nível primário de atenção aos outros sistemas de saúde, pois armazena informações sobre questões relativas ao financiamento e gestão, estratégias de saúde, adesão de programas e projetos, bem como contratação de programas e serviços realizados no âmbito da PNAB.

Quanto à finalidade, o SISAB cuida da gestão das informações e das melhorias dos serviços prestados, do processo de trabalho e da infra-estrutura. O SISAB pode ser utilizado por toda equipe de saúde que atua no nível da APS, como por exemplo: Atenção Domiciliar; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Atenção à Saúde Prisional; Consultório na Rua; e do Programa Academia da Saúde e do Programa Saúde na Escola.

O sistema e-SUS-AB, por meio do SISAB, contribui com a organização dos processos de trabalho da atenção básica em saúde, com a informatização das unidades de saúde, a individualização dos registros dos atendimentos dos usuários, a qualificação do trabalho, através da otimização e da organização dos dados. Portanto, esse referido sistema de informação foi desenvolvido para auxiliar também no trabalho dos profissionais que atuam na APS, visando, sobretudo melhorar a gestão dos cuidados em saúde e serviços prestados a comunidade, para tanto, conta com o apoio de toda equipe AB, para uma utilização desse sistema de informação de maneira diligente, contribuindo assim, com o processo de transformação digital da Política de Saúde no país.

3.2.2 Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)

Outro sistema de informação que foi abordado nesse estudo, com dados sobre o trabalho do assistente social na atenção básica, foi o SIA/SUS, contudo este não é um sistema específico do nível de atenção primária a saúde, porque recebe informações dos três níveis de gestão.

Os antecedentes da implantação do SIA/SUS revelam que até a sua institucionalização os atendimentos realizados na área da saúde eram cadastrados por meio de boletins, onde se registravam todos os serviços produzidos nas instituições. Esses boletins de serviços produzidos auxiliavam na autorização da ordem de pagamento para os prestadores vinculados ao SUS, que eram realizados através de guias de autorização e pagamento. Com a

descentralização da gestão do SUS, o Ministério da Saúde sentiu a necessidade de fortalecer o processo de comunicação entre União, estados e municípios, de modo a contribuir com a forma de gestão democrática adotada para a saúde pública brasileira, fato que resultou na produção de informações padronizadas em todo o âmbito nacional, que colaboraram com a fiscalização e planejamento das ações realizadas no SUS.

Nessa perspectiva, no ano 1992, foi redigido um projeto que estruturou o sistema do SIA/SUS, o qual foi chamado de Manual de Especificação Técnica do Sistema de Informações Ambulatoriais que estudou na possibilidade de operacionalização desse referido sistema, por meio dos órgãos públicos das secretarias de saúde, nos estados brasileiros. No ano de 1995 o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS foi implementado legalmente no Brasil através do Ministério da Saúde. O SIA/SUS foi padronizado em todo país para viabilizar as garantias constitucionais definidas para a saúde pública. Assim configurou-se como um sistema que conectou as gestões na esfera federal, estadual e municipal do SUS, cumprindo a finalidade de registrar os atendimentos, bem como os procedimentos ocorridos nos ambulatórios do SUS, também visando o financiamento destes.

No entanto, com a evolução do Sistema Único de Saúde, as normas operacionais, regulamentos e demais legislações exigiram que o SIA/SUS se adaptasse a esse processo evolutivo, disso foi resultante uma tabela chamada de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC).

Desse modo, a tabela de procedimentos ambulatoriais, regulamentada pela Portaria GM/MS n ° 18/1999 e pela Portaria SAS/MS n° 35/1999, integra o referido sistema de informação, sendo utilizada pelos profissionais de saúde para registrar os atendimentos que realizam pelo SUS. Essa tabela precisou passar por uma revisão devido a problemas que apresentou em relação à codificação dos procedimentos ambulatoriais, pois antes disso, vários procedimentos estavam aglutinados em somente um código, de forma que davam margem a erros no cadastro dos procedimentos no SIA/SUS, mas após essa revisão passaram a ser desmembrados tornando clara identificação de cada procedimento.

O objetivo geral do SIA/SUS é:

Permitir aos gestores locais o registro das informações referentes aos atendimentos realizados, nas modalidades de atendimento ambulatorial e assistência domiciliar, executando o processamento da produção ambulatorial dos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS, subsidiando as ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria da atenção ambulatorial (BRASIL, 2008, p. 12).

Nessa perspectiva, os objetivos principais do Sistema de Informação Ambulatorial permitem o registro de informações sobre os atendimentos realizados nos ambulatórios, além de, permitirem o planejamento de ações, execução, avaliação e fiscalização do atendimento realizado nos ambulatórios pelos profissionais prestadores de serviços ao SUS. Assim esses objetivos contribuem na prestação de informações para o acompanhamento e fiscalização do custeio com os gastos dos ambulatórios e ainda, para a avaliação das ações de saúde por meio da análise dos dados registrados no banco de dados do SIA/SUS (BRASIL, 2008).

A operacionalização do Sistema de Informação Ambulatorial tem como resultado o processamento dos dados, os quais se transformam nas informações que são enviadas, para serem publicadas e disponibilizadas a toda sociedade, ao banco nacional de dados do Departamento de Informática do SUS. Ferraz (2009, p. 7), afirma que “o DATASUS é um órgão pertencente à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde cujo funcionamento relaciona-se diretamente à ação produtora, receptora, ordenadora e disseminadora de informações.” O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, tem o objetivo de coletar, registrar e disseminar todas as informações no âmbito da saúde pública, para os cidadãos brasileiros, em um processo de gestão democrática com base na transparência de informações.

Portanto, para concluir é importante lembrar que neste capítulo analisou-se sobre a Política de Nacional Atenção Básica a saúde (PNAB) e sobre os sistemas de informação em saúde. Compreendeu-se assim sobre a importância dos bancos dos dados para a caracterização do processo de trabalho do profissional na APS, dentre os quais se encontra o assistente social, de modo que os conhecimentos adquiridos, através desse estudo, possibilitaram a discussão dos resultados apresentados no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 4: O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE EM SERGIPE (2015 A 2019)

Esse capítulo apresenta sobre os resultados da pesquisa, para tanto, primeiramente foi contextualizado o cenário da atenção básica em saúde em Sergipe, depois foi sinalizado o caminho percorrido para a obtenção dos resultados e, a partir disso, comunicou-se e discutiu-se sobre os dados obtidos nos bancos do SISAB e SIA/SUS, sobre o tema desse estudo.

4.1 O Campo da Atenção Básica em Saúde em Sergipe

O estado de Sergipe é composto por 75 municípios, sendo sua capital, Aracaju a maior cidade sergipana. Em termos de dimensão geográfica é o menor estado do Brasil, “ocupando uma área total de 21.910,3 km², o que equivale a 0,26% do território brasileiro e 1,4% da Região Nordeste. Limita-se ao norte com o estado de Alagoas, separado pelo Rio São Francisco, ao sul e a oeste pelo estado da Bahia e ao leste com o Oceano Atlântico” (SERGIPE, 2016, p. 15).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população sergipana indicada no último censo do ano de 2010, foi de 2.068.017 (dois milhões sessenta e oito mil e dezessete) habitantes. Contudo, o referido órgão estimou para o ano de 2019, um total de 2.298.696 (dois milhões, duzentos e noventa e oito mil, seiscentos e noventa e seis) pessoas habitando no estado de Sergipe. Esse último valor indicado, também foi confirmado pelos dados do relatório do Ministério da Saúde sobre a gestão da cobertura populacional da atenção básica, gerado no mês de abril de 2020.

Dentre as legislações que amparam e determinam a estrutura da política de saúde no estado sergipano, é importante destacar a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu as “diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” determinando a ordem das regiões de saúde para a construção de uma rede de atenção. Também a Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011, que estabeleceu as diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos da Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011, definindo em seu, art. 2º, § 1º, que:

Art. 2º As Regiões de Saúde serão instituídas pelos Estados em articulação com os Municípios, nos termos do disposto no Decreto Nº 7.508, de 2011, e conforme o disposto nesta Resolução. § 1º Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

As regiões de saúde contribuem para o processo de planejamento, execução e gestão do Sistema Único de Saúde no estado. Segundo o Plano Estadual de Saúde vigente no território sergipano entre os anos de 2016 a 2019: “o Planejamento das Ações de Saúde de Sergipe, foi elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) e referendado, por meio da Lei Estadual nº 6.345/2008, [...], que trata da organização e funcionamento do SUS/SE” (SERGIPE, 2016, p. 15). Esse documento foi modificado, conforme Decreto-Lei nº 7.508, no ano de 2011, de modo que estabeleceu que o número de regiões de saúde em Sergipe, passou a ser o total de sete regiões, conforme a figura 1.

Figura 1: Regiões de Saúde em Sergipe



Fonte: Sergipe. Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe (SES/SE), 2016. Acesso em: ago. 2019.

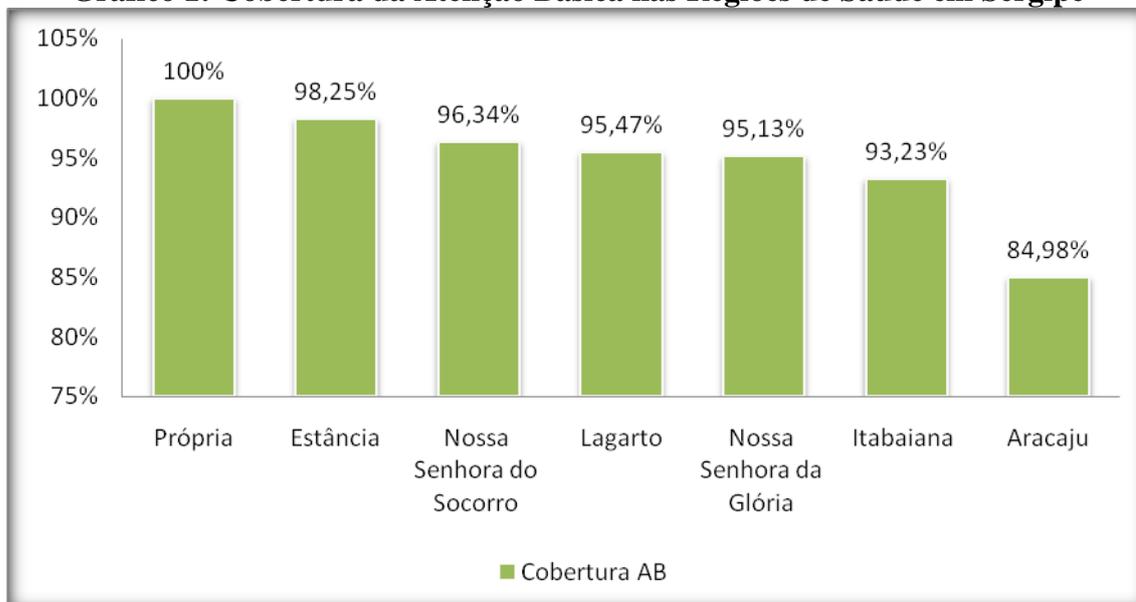
Segundo o Plano Estadual de Saúde de Sergipe (2016, p. 17) as sete regiões de saúde do estado são:

- I. Nossa Senhora da Glória, composta por 09 (nove) municípios (Canindé de São Francisco, Feira Nova, Gararu, Gracho Cardoso, Itabi, Monte Alegre de Sergipe, Nossa Senhora da Glória, Poço Redondo e Porto da Folha);
- II. Propriá, que integra o número de 16 (dezesesseis) municípios (Amparo de São Francisco, Aquidabã, Brejo Grande, Canhoba, Cedro de São João, Ilha das Flores, Japoatã, Malhada dos Bois, Neópolis, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco, Telha, Nossa Senhora de Lourdes e Muribeca);
- III. Itabaiana, composta por 14 (quatorze) municípios (Areia Branca, Campo do Brito, Carira, Frei Paulo, Itabaiana, Macambira, Malhador, Moita Bonita, Pedra Mole,

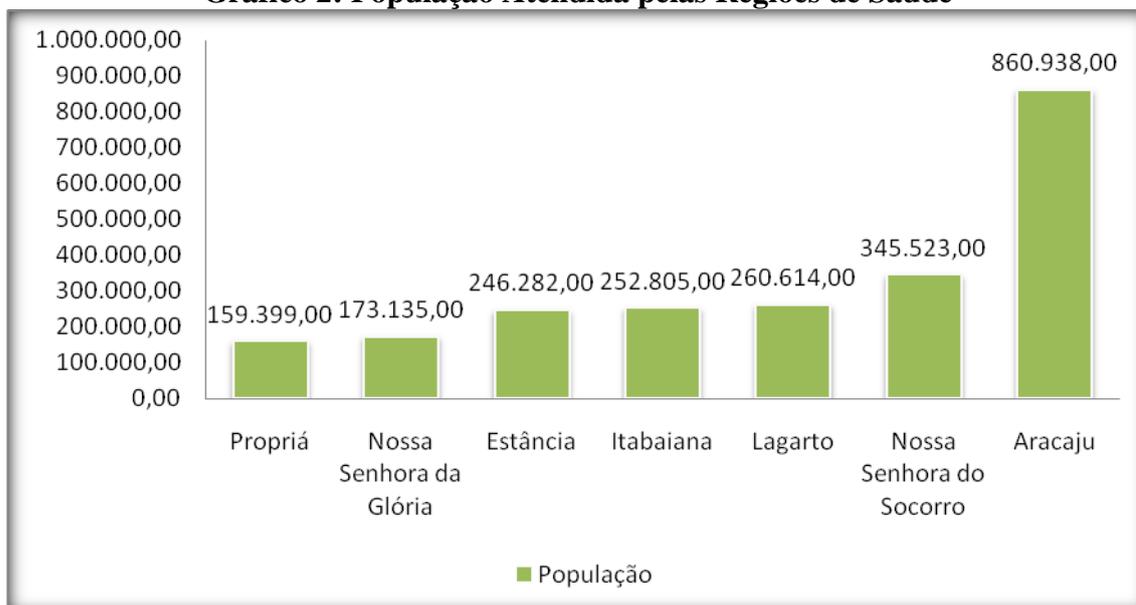
- Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos, São Miguel do Aleixo e Nossa Senhora Aparecida);
- IV. Lagarto, formada por 06 (seis) municípios (Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Salgado, Simão Dias e Tobias Barreto);
- V. Nossa Senhora do Socorro, que integra o total de 12 (doze) municípios (Capela, Carmópolis, Cumbe, General Maynard, Japarutuba, Maruim, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Pirambu, Rosário do Catete, Santo Amaro das Brotas e Siriri);
- VI. Aracaju, com o número de 08 (oito) municípios (Aracaju, Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga d'Ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima e São Cristóvão);
- VII. Estância, que abarca 10 (dez) municípios (Araúá, Boquim, Cristinápolis, Estância, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas, Santa Luzia do Itanhy, Tomar do Geru e Umbaúba).

Diante disso foi possível relacionar a cobertura da atenção básica (cobertura AB) com o índice populacional abarcado pelas regiões de saúde de Sergipe, a partir da comparação entre o gráfico 1 e o gráfico 2.

Gráfico 1: Cobertura da Atenção Básica nas Regiões de Saúde em Sergipe



Fonte: MS/SAPS. Painéis de Indicadores da Atenção Primária à Saúde. Acesso em: abr. 2020.

Gráfico 2: População Atendida pelas Regiões de Saúde

Fonte: MS/SAPS. Painéis de Indicadores da Atenção Primária a Saúde. Acesso em: abr. 2020.

Identificou-se no gráfico 1, que dentre as referidas regiões, Propriá foi a que apresentou uma cobertura integral no nível de atenção primária, totalizando 100% da cobertura. Porém, em comparação ao gráfico 2, Propriá é a região que abarca o menor número de habitantes (159.399,00), pois apesar de ser composta por dezesseis municípios, estes são pequenos em número de pessoas.

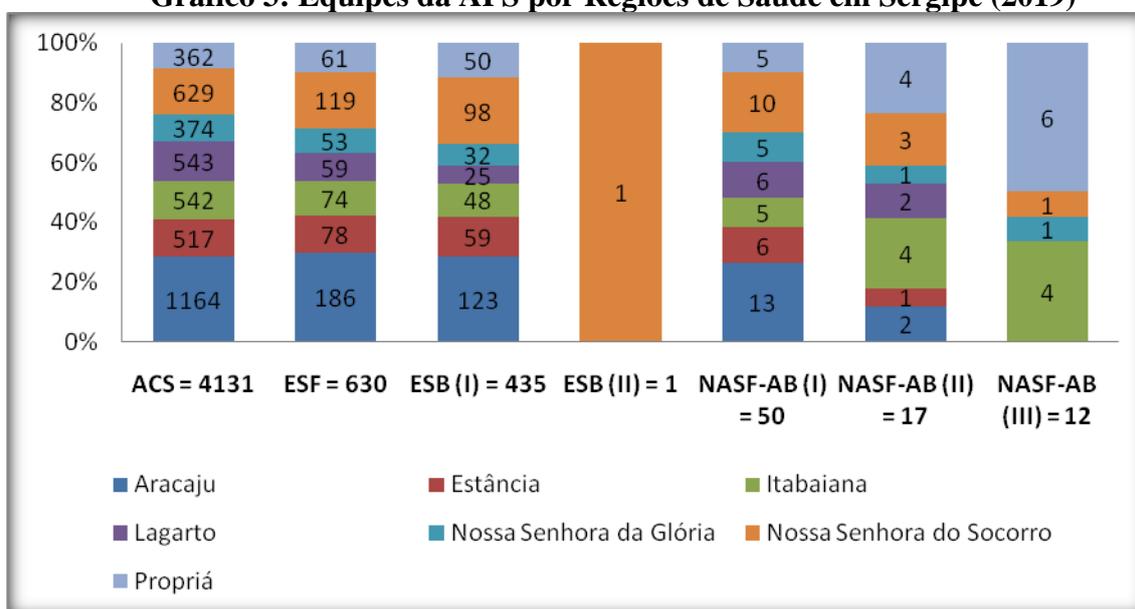
Outro resultado verificado do comparativo entre o gráfico 1 e 2, foi que à região de saúde da capital sergipana, Aracaju, foi apontada nos gráficos, como a que possui a maior população (860.938,00) com a menor cobertura em termos de atenção básica. Diante disso, nas regiões de saúde que apresentaram uma menor concentração populacional, a cobertura da atenção básica foi maior. Essa constatação trata-se, de acordo com o estudo de Garnelo, et al. (2018, p. 85) de uma “correlação negativa entre a população dos municípios e a cobertura das equipes”. E indica também que em Sergipe ainda há uma fragilidade em relação ao potencial de cobertura da população pelas equipes da atenção básica em saúde, uma vez que o elevado número de habitantes concentrado em uma região de saúde implica diretamente no alcance das ações e serviços da atenção básica para a população.

Em relação ao quantitativo de equipes implantadas com o financiamento do Ministério da Saúde, os dados da Secretaria de Atenção Primária a Saúde – SAPS, no Departamento de Saúde da Família (DESF), indicaram que em 2019, existiu em Sergipe um total de 4.131 equipes de agentes comunitários de saúde (ACS); 630 equipes de saúde da família (ESF); 435 equipes de saúde bucal (ESB) do tipo I, 1 equipe de saúde bucal (ESB) do tipo II; 50 equipes

do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) do tipo I; 17 equipes NASF-AB do tipo II e, 12 equipes do NASF-AB do tipo III (BRASIL, 2020).

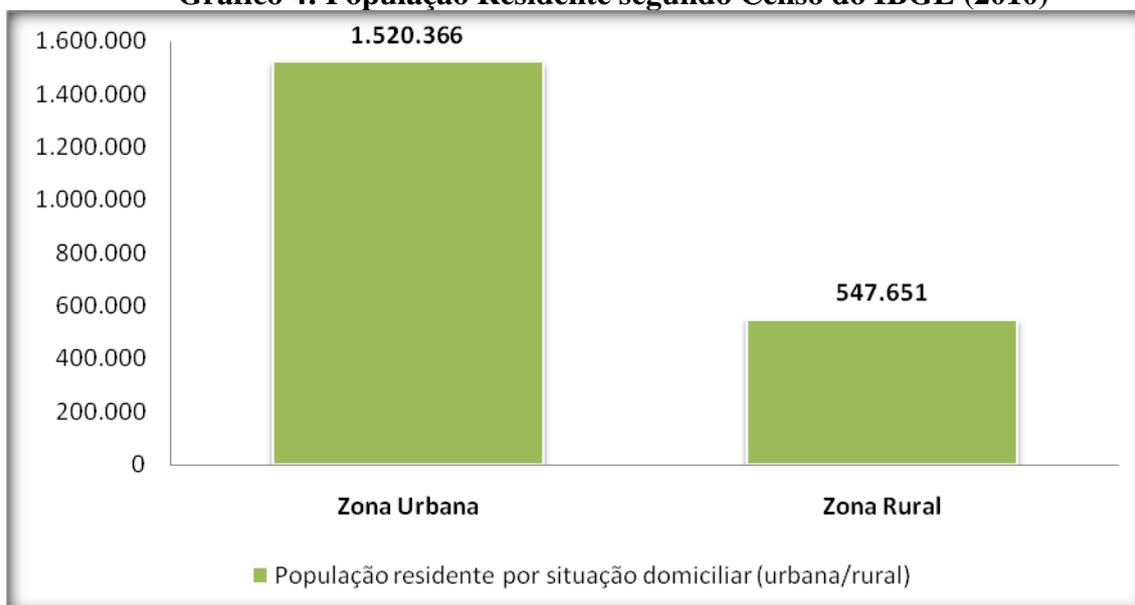
No gráfico 3 foram detalhados, por regiões de saúde, os referidos números sobre o quantitativo de equipes existentes na atenção básica, o que permitiu identificar que a região de Aracaju apresentou a maior concentração de equipes implantadas no nível da atenção primária a saúde. Esse fato constatado encontra-se relacionado aos dados evidenciados no gráfico 4, que demonstram que no estado de Sergipe a população residente por situação domiciliar é maior na zona urbana do que na zona rural, conforme dados do último censo do IBGE.

Gráfico 3: Equipes da APS por Regiões de Saúde em Sergipe (2019)



Fonte: MS/SAPS. Departamento de Saúde da Família – DESF. Acesso em: abr. 2020.

Gráfico 4: População Residente segundo Censo do IBGE (2010)

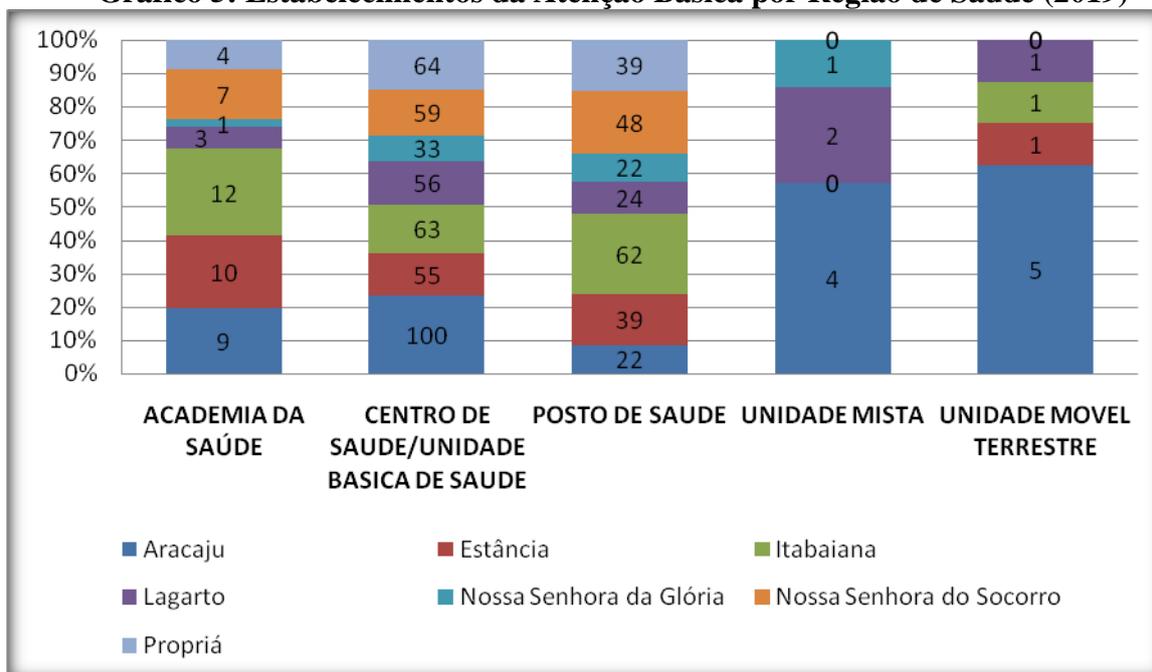


Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso em: abr/ 2020.

Do comparativo entre os gráficos 3 e 4 constatou-se que a região de Aracaju se destacou quanto ao índice de equipes AB, porque essa região e suas adjacências ficam localizadas na área caracterizada como urbana. De acordo com o Plano Estadual de Saúde vigente em Sergipe entre os anos de 2016 a 2019, a capital do estado concentra a maior aglomeração urbana dentre todas as regiões, o que justifica o maior número de equipes AB para atender as demandas. Nesse sentido, é importante mencionar a visão das autoras Giovanela, Escorel e Mendonça (2009), as quais afirmaram que Aracaju é um grande centro urbano e divulgaram essa constatação em um importante estudo de caso, no nível da atenção básica, sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família na região.

Seguindo essa lógica também o gráfico 5 reforçou as constatações anteriores, pois apontou, em relação aos estabelecimentos de saúde existentes na atenção básica, que Aracaju apresentou, em 2019, o número mais elevado dentre os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), quando comparado as demais regiões de saúde localizadas na zona rural.

Gráfico 5: Estabelecimentos da Atenção Básica por Região de Saúde (2019)



Fonte: MS/DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: abr. 2020.

Ainda de acordo com o gráfico 5, constatou-se dentre os estabelecimentos da atenção básica em saúde em Sergipe, que o maior número de academias da saúde foi localizado na região de Itabaiana, sendo que o CNES recebeu para essa opção, um total de 12 cadastros por mês. Também a região de Itabaiana concentrou o maior indicativo sobre os postos de saúde, cuja média mensal por ano foi de 62 cadastros. Já o quantitativo de centro de saúde/unidade

de saúde foi maior para Aracaju, sendo que essa região recebeu uma média de 100 cadastros mensais nessa modalidade. E, além disso, a área da capital sergipana concentrou ainda o maior número de unidades mistas (4) e unidades moveis terrestres (5). Considerou-se para o levantamento desses dados, os cadastros existentes no período 2019, no formato mês/ano, uma vez que conforme indica a legislação vigente a manutenção e a atualização cadastral no CNES é obrigatória e deve ser realizada mensalmente.

Ante o exposto esse estudo identificou que Aracaju é a região de saúde com a maior estrutura no nível da atenção básica em saúde em Sergipe. Esse fato ocorre, conforme explicaram Fausto, et al. (2019, p. 6), porque “nas áreas rurais e remotas [...] os avanços conquistados na APS ainda são pouco desenvolvidos, se comparados às áreas urbanas”. Na visão de Viana, et al. (2008, p. 588) “as grandes cidades constituem espaços luminosos, com maior densidade técnica, científica, informacional e populacional. Exatamente por isso, [...] abrigariam o maior número de possibilidades para a consolidação da Atenção Básica”. Por isso, em geral a promoção de saúde de nível primário ocorre de forma mais fluida nos espaços das metrópoles, devido a ser uma região que apresenta um maior nível de desenvolvimento, em termos de estrutura, desenvolvimento sócio-cultural, tecnológico, indústrias, bem como nos determinantes sociais que refletem na qualidade dos serviços quando comparado as regiões rurais.

Em relação à atenção básica, a dinâmica urbana das cidades influencia na organização dos serviços de saúde prestados nesse nível. Segundo apontou o estudo de Oliveira (2019, p. 47), dentre os desafios da atenção primária a saúde na região rural estão o fato de que: “as equipes de áreas rurais são menores que as das cidades e com número limitado de profissionais. As dificuldades de transporte e as grandes distâncias constituem uns dos principais entraves ao acesso à saúde no meio rural”. Outras dificuldades ainda se referem à cobertura de *internet* e telefone, fatores que dificultam a marcação de exames, a comunicação com os sistemas de saúde, assim como dos serviços prestados na APS.

Em concordância com Viana, et al. (2008, p. 589) “as políticas de saúde, sobretudo, de Atenção Básica, não podem estar dissociadas de uma política regional de saúde”, de forma que, o fato da APS ser a porta de entrada para a rede de atenção e cuidados do Sistema Único de Saúde, ganha mais expressão dentre a realidade das regiões rurais, onde em geral as dificuldades de acesso a essa Política de Atenção Básica são maiores.

4.2 Percurso para Obtenção dos Resultados nos Bancos de Dados

Para obter os resultados sobre o trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe essa pesquisa utilizou dois bancos de dados distintos: o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). O banco de dados do SIA/SUS encontra-se localizado na Plataforma do DATASUS. Já o banco do SISAB encontra-se alocado na Plataforma do e-Gestor/Atenção Básica. Essas plataformas digitais abrigam outros bancos de dados, contudo, somente nos referidos sistemas de informação foram encontradas variáveis relacionadas com o tema de interesse desse estudo.

Na escolha desses bancos de dados, as variáveis de análise eleitas foram: a CBO⁹ e o nível de complexidade da atenção primária a saúde (APS). A variável CBO foi o primeiro critério adotado para a realização da seleção das fontes da pesquisa, uma vez que esta é a responsável pela padronização dos registros segundo a classe ocupacional na divisão sócio-técnica do trabalho. Através da CBO os códigos das profissões são reconhecidos em todo país, de modo que esta funciona como uma identidade que referencia os grupos ocupacionais no mercado de trabalho. A intenção foi de obter os dados sobre o trabalho do assistente social que estivessem cadastrados em um número único e reconhecido legalmente no Brasil. Isso teve o objetivo de garantir a confiabilidade dos dados obtidos, pois nos bancos de registros, ainda existem diferentes nomenclaturas para designar um só profissão/ocupação.

Conforme consta no Cadastro Brasileiro de Ocupações, o número com regulamentação unificada em todo país que classifica e reconhece a profissão do assistente social é o código com o número: 2516-05. Esse foi o código utilizado para obtenção das informações nos bancos referenciados nessa pesquisa.

O outro critério da escolha das fontes foi à seleção dos sistemas de informação considerando o CBO e o nível de complexidade. Desse modo selecionou-se os bancos que estiveram vinculados a fontes oficiais do Governo e que disponibilizaram relatórios públicos sobre a produção ambulatorial do assistente social atenção básica a saúde no estado de Sergipe.

⁹ A importância da CBO no Brasil reside no fato desta ser “[...] utilizada na codificação do emprego do mercado de trabalho. Seu código ocupacional é a chave de identificação do emprego, juntamente com a Classificação Nacional de Atividade Econômica – CNAE e da natureza jurídica dos estabelecimentos” (NOZOE; BIANCHI; RONDET, 2003, p. 235). Legalmente o Ministério do Trabalho implementou duas atualizações na CBO, tendo como fundamento nas Portarias nº 1.334, de 21 de dezembro de 1994 e nº 397, de 09 de outubro de 2002 (BRASIL, 2010).

É importante mencionar ainda, que a tabulação dos dados dessa pesquisa, foi realizada nas próprias plataformas online, conforme os passos detalhados no próximo item.

4.2.1 Plataforma DATASUS

Na plataforma do DATASUS, foi utilizado o banco de dados do SIA/SUS para obtenção das publicações contidas nos boletins de produção ambulatorial (BPA). Nesse sistema foram selecionados os critérios: estado, ano e nível de atenção a saúde. O percurso para consecução dos resultados no banco de dados do SIA/SUS está descrito a seguir:

Depois de acessar a plataforma do DATASUS e selecionar o tabulador TABNET, chegou-se ao banco de dados do SIA/SUS, que fica inserido no núcleo da assistência a saúde. Primeiramente foi selecionado o estado de Sergipe, como local de abrangência geográfica dos dados de interesse. Por conseguinte, o próprio sistema redirecionou a pesquisa para uma página contendo grupos de variáveis a serem intercaladas. Estas variáveis constituem o SIA/SUS e foram fornecidas pelo próprio banco de dados.

A estrutura do banco de dados do SIA/SUS encontra-se organizada por eixos que funcionam como grandes áreas, as quais agrupam as variáveis menores e as disponibilizam em bases para serem selecionadas e intercaladas. Conforme a organização desse sistema, os eixos existentes no banco do SIA/SUS são: 1) Produção ambulatorial do SUS; 2) Períodos disponíveis; 3) Seleções disponíveis.

No primeiro eixo que trata da produção ambulatorial, as variáveis foram disponibilizadas de forma agrupadas dentro de três bases chamadas de: coluna, linha e conteúdo. Estas bases foram responsáveis pela comunicação e informação dos resultados contendo os dados solicitados para tabulação. Assim, dentro desse primeiro eixo, foram selecionadas as variáveis que mantiveram relação com o tema da pesquisa. Na base da linha foram eleitas, as variáveis referentes aos municípios / regiões de saúde, complexidade, natureza jurídica, forma de organização e procedimentos. Na base da coluna foram escolhidas, as variáveis: ano/processamento e ano/atendimento, pois o interesse foi saber a produção do assistente social por ano, podendo ser tanto no processamento de ações registradas no SIA/SUS, como nos atendimentos realizados. Já na base que trata do conteúdo, foi escolhida a variável: quantidade aprovada, que era a mais adequada ao tema dessa pesquisa, uma vez que as variáveis disponíveis nessa base referem-se à quantidade, ao valor e as suas gradações. Em cada base só foi possível selecionar uma variável para combinar com as variáveis das demais bases.

O segundo eixo estruturante do SIA/SUS tratou dos períodos disponíveis e, ofereceu como recurso de pesquisa os dados a partir do ano de 2008, quando entrou em vigor a “Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS”, conforme Portarias: PT GM/MS Nº 321 de 08 de fevereiro de 2007, PT. GM/MS Nº 1.541 de 27 de junho de 2007 e Portaria GM/MS nº. 2.848 de 06 de novembro de 2007” (BRASIL, 2010, p. 8-9). Por meio dessa tabela, os procedimentos, tratamentos e atendimentos do SUS tornaram-se unificados, à medida que o SIA/SUS deixou de ter uma tabela específica e passou a ter uma padronização, com códigos únicos e válidos também para os demais sistemas de informação em saúde. Nesse segundo eixo do SIA/SUS foi possível também selecionar a quantidade de anos desejados para a coleta dos dados dessa pesquisa. Por esta razão, foi selecionado de janeiro de 2015 a dezembro de 2019, levando em consideração os motivos da delimitação temporal que já foram apresentados anteriormente.

O terceiro eixo estruturante do SIA/SUS tratou do item chamado: seleções disponíveis. Nesta grande área constavam as mesmas variáveis disponibilizadas no primeiro eixo, porém, apresentou a possibilidade de especificar, detalhar e selecionar cada variável segundo as particularidades da pesquisa. Desse eixo, foi escolhida para o estudo em tela, a variável chamada: Profissional – CBO. Assim, foi possível optar pelas informações relativas ao profissional assistente social, dentre todas as categorias de profissionais que o referido banco de dados disponibilizou. Também nesse eixo, detalhou-se sobre a complexidade, fato que permitiu delimitar a pesquisa para coletar somente os dados referentes ao nível da atenção básica.

A partir disso as informações selecionadas foram combinadas, por meio do tabulador TABNET, que foi o responsável por captar, intercalar e extrair, as informações diretamente do banco de dados do SIA/SUS. Para tanto, foi necessário ainda optar pelo formato da apresentação dos resultados. Selecionou-se no SIA/SUS para obtenção dos resultados a opção tabelas, mas existe também a opção dos gráficos, contudo quando esta foi escolhida, o sistema informou que a versão da apresentação dos resultados (no formato de gráficos) não estava funcionando, por isso que neste estudo, selecionou-se apenas a forma: tabela com bordas, e assim, os dados foram coletados diretamente das tabelas contendo as informações da produção ambulatorial do assistente social na APS. Os resultados foram acessados através do aplicativo microsoft Excel e arquivados diretamente no computador.

Seguindo esse procedimento, foram realizadas 10 tabulações e dentre estas 7 foram acolhidas para estudo. O fato de três tabulações do SIA/SUS não terem sido acolhidas, deve-

se ao motivo de que uma tabulação, devido as mudanças de nomenclatura em suas classificações, apresentou dados somente até o ano de 2015. E as outras duas tabulações apresentaram coincidência dos resultados, devido a terem variações semelhantes, como ocorreu, por exemplo, quando se selecionou as variáveis: ano/processamento e ano/atendimento, combinadas a outras variáveis de nomenclaturas semelhantes, como por exemplo: esfera administrativa e esfera jurídica.

Portanto, estas tabelas contendo os resultados da pesquisa, foram obtidas através do cruzamento de dois grupos de variáveis: fixas e móveis. Nesse estudo, a denominação desses dois grupos de variáveis foi uma iniciativa da própria discente pesquisadora, após a observação da dinâmica do banco de dados. Assim, chamou-se de variáveis fixas àquelas que estiveram presentes em todas as tabulações realizadas, pois se alinhavam a proposta pretendida para esta pesquisa, imprescindíveis para caracterização dos dados obtidos. Desse modo, as variáveis fixas foram: atenção básica (complexidade); Sergipe-Brasil; produção ambulatorial; assistente social; período: jan./2015 a dez./2019. Já as variáveis chamadas de móveis, nessa pesquisa, foram àquelas que devido a sua mobilidade puderam ser combinadas alternadamente, ou seja, foram intercaladas, uma de cada vez, juntamente as variáveis fixas para tabular os resultados obtidos. E estas foram: ano-atendimento; ano-processamento; documento-registro; forma-organização; grupo-procedimento; municípios; regiões de saúde; quantidade aprovada; subgrupo-procedimento e natureza jurídica.

A obtenção das referidas tabelas contendo os resultados, no banco de dados do SIA/SUS, localizado na plataforma do DATASUS, foi uma etapa importante, pois estas embasaram as análises desse estudo. Após a obtenção das tabelas, que são documentos com informações oficiais, os dados foram coletados pela pesquisadora, receberam tratamento analítico e foram apresentados na forma de gráficos auxiliando na discussão dos resultados obtidos.

4.2.2 Plataforma E-GESTOR/AB

A plataforma do e-Gestor/Atenção Básica configura-se como um espaço de informação que abriga os sistemas tecnológicos específicos da atenção básica em saúde. Embora essa plataforma possua uma área de acesso restrito aos gestores da saúde, também disponibiliza relatórios públicos sobre as atividades dos profissionais, as ações e serviços do trabalho realizado na atenção básica no Brasil. O banco de dados do SISAB fica localizado na plataforma do e-Gestor/AB. Os passos para obtenção dos resultados no banco do SISAB foram especificados adiante:

Através da internet a plataforma do e-Gestor/AB foi acessada, de modo que primeiramente, selecionou-se a área dos relatórios públicos e escolheu-se o banco de dados do SISAB. Diante disso, o passo inicial, dentro desse banco de dados, foi dirigir-se a uma área de navegação que gera os relatórios a partir da seleção das variáveis, contendo os índices e o perfil da produção de cada profissional de saúde, além do monitoramento das ações e serviços, bem como as atividades coletivas realizadas pelas equipes no nível da atenção primária a saúde no país. Nesse sentido, em relação à estrutura, o SISAB apresentou dois eixos destinados à geração dos relatórios públicos, que foram: a área da produção e a área das atividades coletivas.

Dentro da área da produção foram obtidos os relatórios da produção individual do assistente social na APS em Sergipe. Nesse espaço, as variáveis que estiveram presentes em todas as tabulações realizadas, chamadas nesse estudo de variáveis fixas, foram às seguintes: unidade geográfica (Sergipe); competência (jan./2015 a dez./2019) e a categoria profissional (assistente social). O SISAB é um banco específico do nível da atenção básica e por isso, dispõe de informações relativas somente sobre esse nível de complexidade. Assim, diferente do banco do SIA/SUS que necessitou selecionar a complexidade, no banco do SISAB não houve necessidade desta variável, devido a ser este um sistema específico da APS.

Ainda dentro do eixo da produção, nesse estudo foram intercaladas as seguintes variáveis: local de atendimento, faixa etária, sexo, tipo de equipe, tipo de atendimento e tipo de produção. Essas foram combinadas uma de cada vez, sendo tabuladas juntamente com o núcleo das variáveis fixas.

Em relação ao eixo da atividade coletiva, as variáveis fixas foram às mesmas das que foram utilizadas no eixo da produção. Houve alteração somente em relação às variáveis móveis, sendo selecionadas: o tipo de equipe, o tipo de atividade, os temas para saúde e o público alvo. Também, em relação ao procedimento da pesquisa, a combinação foi realizada uma de cada vez, junto com as do núcleo das variáveis fixas que não foram alteradas.

A desvantagem identificada no SISAB residiu no fato de que este sistema apresentou uma lentidão em relação ao processamento de dados em seu tabulador e, no processamento das combinações das variáveis. Em comparação com o sistema do SIA/SUS, o SISAB demorou a apresentar os resultados selecionados a partir das variáveis.

O SISAB e o SIA/SUS estão inseridos em Plataformas diferentes no espaço digital. A vantagem do SISAB é que este se configura como um sistema de informações oficiais que são prestadas com clareza, detalhamento e organização, contribuindo para a caracterização do

processo de trabalho na atenção básica em saúde. Além disso, o tabulador é gratuito, com relatórios disponíveis ao público.

Os relatórios gerados pelo SISAB, contendo os dados do trabalho do assistente social na APS em Sergipe, no período de 2015 a 2019, foram coletados, analisados, depois transformados em gráficos e, por fim, tiveram os resultados apresentados nesse estudo.

4.3 Resultados e Discussões

Este estudo teve como objetivo principal analisar o trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe, no período de 2015 a 2019, em dois bancos de dados: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

As categorias que apresentam os resultados discutidos a seguir foram as que nortearam os passos deste estudo. E tiveram por base a organização evidenciada no banco de dados do SIA/SUS, pois este foi o primeiro sistema averiguado nessa pesquisa. Em seguida a pesquisa foi direcionada para o segundo banco de dados, o SISAB, no qual foi encontrado uma correspondência com os resultados do primeiro sistema, sendo que o segundo, apresentou um maior nível de detalhamento sobre o trabalho do assistente social na APS em Sergipe, fato que é justificado pelo SISAB ser o sistema de referência desse nível de saúde, ou seja, especificamente voltado para a atenção primária no país.

Contudo, algumas informações que não foram fornecidas por estes bancos de dados, tiveram que ser buscadas junto ao Ministério da Saúde, através do sistema e-SIC (Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão). Isso ocorreu, por exemplo, quando no estudo foram levantadas as seguintes indagações: qual o quantitativo de assistentes sociais que trabalham na Atenção Básica a Saúde no estado de Sergipe e em seus respectivos municípios? Quais os programas da saúde (desenvolvidos no âmbito da APS) que os assistentes sociais trabalham no estado de Sergipe? E quais as equipes que os assistentes sociais integram na área da Atenção Básica a Saúde no estado de Sergipe? Essas informações foram solicitadas ao sistema e-SIC da Controladoria-Geral da União (CGU) que respondeu com dados obtidos junto ao Sistema do CNES. Contudo, somente duas dessas perguntas foram respondidas, de modo que a pesquisa não obteve informações quanto aos Programas de Saúde na Atenção Básica em que os assistentes sociais trabalham em Sergipe.

Diante disso formulou-se a discussão dos resultados tendo como amparo a base teórica construída na revisão de literatura desse trabalho e como diretriz o Código de Ética do

Assistente Social e o documento do CFESS (2010) a respeito dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

4.3.1 O Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe

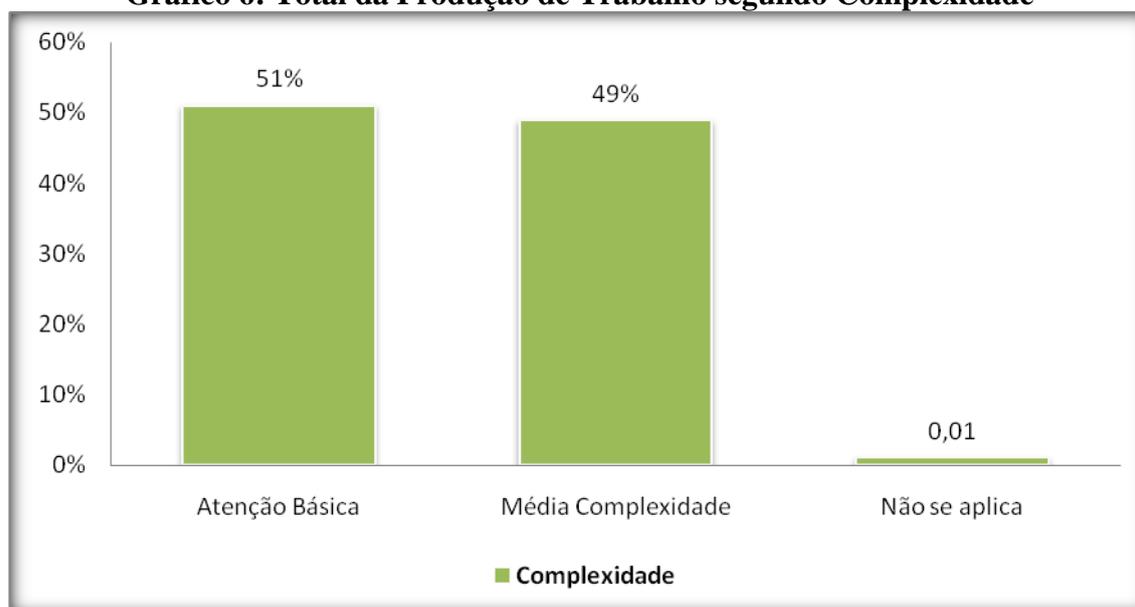
Para a caracterização do trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe, foram consideradas sete categorias com a intenção de organizar esse estudo: Complexidade; Regiões de Saúde; Natureza Jurídica; Forma de Organização; Atendimentos aos Usuários; Procedimentos e Trabalho em Equipe. Essas categorias estão em conformidade com a estrutura das variáveis apresentada pelo Sistema de Informação Ambulatorial do SUS. E encontraram equivalência no banco de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). A partir disso, os resultados da pesquisa foram interpretados, discutidos e comunicados de modo a atender aos objetivos propostos.

4.3.1.1 Complexidade

A categoria complexidade no trabalho do assistente social em saúde em Sergipe foi selecionada com a intenção de verificar a produção do profissional por nível de atenção.

Em relação aos índices totais da produção dos assistentes sociais segundo a complexidade (gráfico 6), os resultados obtidos em valores percentuais apontaram que entre os anos de 2015 a 2019, houve um predomínio (51%) na atenção básica a saúde, quando comparado aos registros da média complexidade (49%). Sobre a alta complexidade, o SIA/SUS não disponibilizou dados vinculados para esse tipo de pesquisa.

Gráfico 6: Total da Produção de Trabalho segundo Complexidade

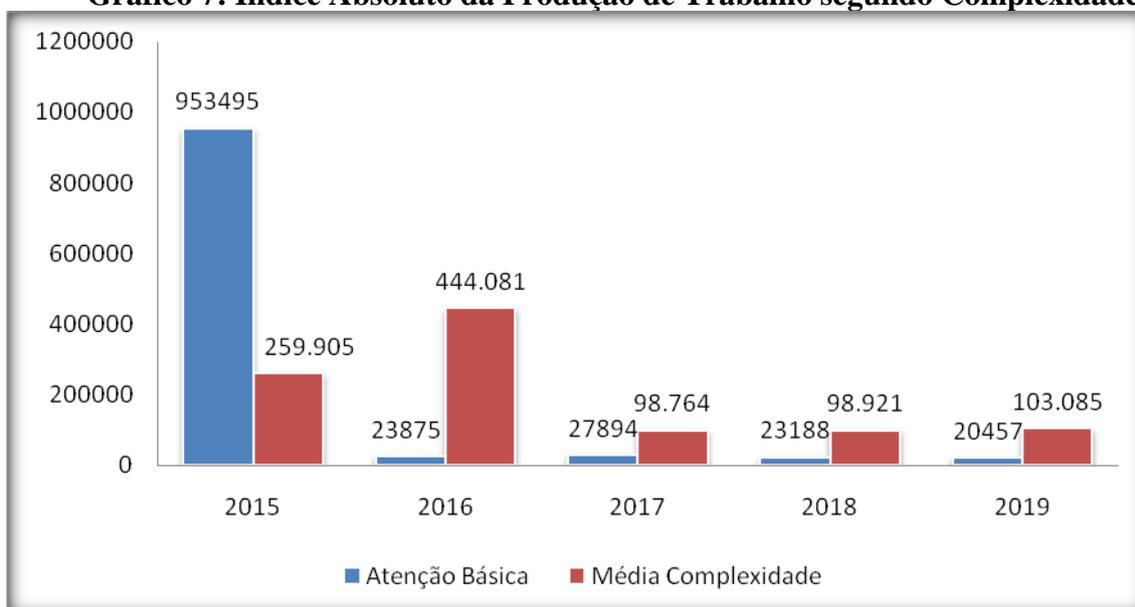


Fonte: MS/DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: abr. 2020.

Os valores do gráfico 6 foram extraídos dos Boletins de Produção Ambulatorial (BPA) que são lançados mensalmente para alimentar e atualizar o banco de dados do SIA/SUS, conforme a Portaria do MS, nº 3.462 de 11 de novembro de 2010. Esses boletins contêm todos os procedimentos realizados durante o mês, pelos profissionais de saúde. Por exemplo, no caso de um assistente social que atue em um determinado estabelecimento da atenção básica, após a realização de um procedimento de trabalho é obrigatório o cadastramento dessa ação no sistema do SIA/SUS, através do BPA, informando as técnicas utilizadas em cada atendimento. Esse processo necessita do cadastramento do CBO que é um número vinculado ao profissional que realizou o atendimento e para isso, faz-se uso da tabela unificada de procedimentos do SUS reconhecida oficialmente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Na análise do gráfico 6 constatou-se que entre os dois níveis de atenção sinalizados nos resultados, ocorreu uma diferença mínima (2%) no que se refere ao índice total dos cadastros existentes sobre o trabalho do assistente social. Essa diferença foi investigada nesse estudo, com base na indicação de Naoum e Naoum (2013, p. 1), de que “o valor absoluto tem melhor expressão diagnóstica em relação ao valor relativo”. Desse modo foram examinados no banco de dados, os valores absolutos registrados em cada ano, ou seja, os números dos cadastros recebidos entre 2015 a 2019, vinculados ao CBO do assistente social (gráfico 7).

Gráfico 7: Índice Absoluto da Produção de Trabalho segundo Complexidade



Fonte: MS/DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: abr. 2020.

Embora os valores percentuais no gráfico 6, sobre a produção do trabalho do assistente social no estado sergipano, tenham indicado os maiores índices para o nível da atenção básica em saúde, quando foram investigados os valores absolutos anuais (gráfico

7), identificou-se que nos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019 a produção do trabalho foi maior para a categoria da média complexidade em saúde, de modo que foi somente em um dos anos (2015) que a atenção básica recebeu um elevado número de registros no SIA/SUS.

Diante disso, foi investigado ainda no gráfico 7 sobre o motivo do ano de 2015 ter recebido um valor alto (953495) que destoou da média geral dos registros anuais posteriores. Nesse sentido, a averiguação apontou para a situação do reprocessamento de dados ocorrido no banco do SIA/SUS no referido ano, em que, conforme explicou a Portaria nº 359, de 23 de abril de 2015, foram cadastrados números retroativos, incluídos naquele ano. Esse fato influenciou no valor total e resultou em um destaque não condizente com a habitualidade verificada nos anos seguintes. Convém sinalizar também que dentre as normas operacionais do SIA/SUS, consta que: “na ocorrência de procedimentos realizados pelos estabelecimentos de saúde e não apresentados no SIA para processamento, no mês correspondente, o sistema aceita sua apresentação no prazo de até três meses posteriores à realização do procedimento [...]” (BRASIL, 2010).

A contradição entre as informações apresentadas entre os gráficos 6 e 7 apontou um fato que encontra-se relacionado ao problema desta pesquisa, a respeito do modo como o trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe vem sendo caracterizado no banco de dados do sistema de informação em saúde. Além disso, respondeu a questão norteadora levantada por esse estudo, sendo portanto, uma medida de caráter negativo referente a capacidade de caracterização da atuação profissional por meio de banco de dados. Portanto, essa constatação representou um alerta para que esses sistemas mantenham uma clareza na prestação dos dados e uma coerência nas informações disponibilizadas, para não se reduzirem a uma formalidade burocrática e contábil de gestão estatal, uma vez que possuem um potencial maior do que apenas valores numéricos, pois são uma fonte oficial de informação disponível a todos os cidadãos brasileiros e que contribuem para o controle social na política de saúde influenciando também na caracterização da imagem social da profissão.

Conforme a literatura, a Política de Saúde é a área que mais absorve o trabalho do assistente social no Brasil (BRAVO; MATOS, 2006. KRUGER, 2010. MIOTO; NOGUEIRA, 2009. SOARES, 2010. SCHMALLER et al., 2012. MARTINI, 2017). De acordo com Costa (2009, p. 8) “a ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde deve-se tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão socio-técnica do trabalho”. Isso significa que a rede de atenção a

saúde vem se desenvolvendo, ocasionando uma ampliação dos serviços e a abertura de espaço para a inserção de novos profissionais.

No estudo realizado por Soares (2010), foi afirmado a existência de uma contradição no que se refere ao trabalho do assistente social por nível de saúde. Conforme explicou essa autora, dentre os níveis de atenção existentes, o Serviço Social ocupa o lugar predominante no espaço da média e alta complexidade, todavia, na organização do sistema de saúde no Brasil, a atenção básica é um dos principais pilares da estruturação, exercendo a importante função de atuar como porta de acesso dos usuários ao sistema. Para essa autora o predomínio de assistentes sociais na esfera da média complexidade liga-se ao fato das demandas e do número de profissionais ser maior nessa área.

Nessa lógica também seguiram Martini e Dal Prá (2018, p. 119), explicando que:

[...] a política de saúde, mesmo tendo como uma de suas principais diretrizes a centralidade na Atenção Primária em Saúde (APS) e, dentro desta, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada nos anos de 1990, tem a maior parte dos assistentes sociais trabalhando nos serviços de média e alta complexidade”

As referidas autoras destacam que a centralidade da Política de Saúde encontra-se no nível da atenção básica, principalmente com as Estratégias de Saúde da Família que proporcionou uma expansão da atenção primária no Brasil e ainda, com a criação dos NASF que foi responsável pela ampliação dos assistentes sociais na esfera básica. Contudo, afirmam também que a maior concentração dos profissionais do Serviço Social, na área da saúde, encontra-se no nível da média e alta complexidade e atribuem esse fato as contra-reformas do neoliberalismo na política de saúde que influenciam no aumento das demandas de trabalho para o Serviço Social.

Para Miotto e Nogueira (2009, p. 231) “a inserção dos assistentes sociais no campo da saúde tem se realizado em todos os níveis de atenção à saúde e em contextos multiprofissionais”. Porém, atenção primária representa um eixo forte na luta pela estruturação da saúde como direito assegurado constitucionalmente e na concretização dessa política pública brasileira.

O Serviço Social é requisitado em todos os níveis de complexidade da saúde para atender às múltiplas expressões da ‘questão social’. Nesse sentido, também compõe a equipe profissional da atenção primária à saúde (APS), que, juntamente com outras profissões, contribui para o atendimento e o acesso da população à política de saúde (OLIVEIRA; GHIRALDELLI, 2019, p. 256).

Sobre o quantitativo de assistentes sociais que trabalharam na atenção básica em saúde no estado de Sergipe e em seus respectivos municípios, a tabela 1 especificou que o valor total registrado no banco de dados do CNES, em 2019, foi de 160 profissionais.

Tabela 1: Quantidade de Assistentes Sociais que Trabalharam na Atenção Básica a Saúde no Estado de Sergipe segundo Municípios (2019)

MUNICÍPIO	QT. ASSISTENTES SOCIAIS
ARACAJU	56
LAGARTO	11
ITABAIANA	7
NOSSA SENHORA DO SOCORRO	4
CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO	3
ITAPORANGA D'AJUDA	3
NOSSA SENHORA DAS DORES	3
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	3
PROPRIÁ	3
SIMÃO DIAS	3
UMBAÚBA	3
CAPELA	2
CEDRO DE SÃO JOÃO	2
SÃO FRANCISCO	2
LARANJEIRAS	2
MOITA BONITA	2
RIACHÃO DO DANTAS	2
ROSÁRIO DO CATETE	2
SÃO CRISTÓVÃO	2
ITABAIANINHA	2
TELHA	2
CUMBE	2
GENERAL MAYNARD	1
GRACHO CARDOSO	1
ILHA DAS FLORES	1
CRISTINÁPOLIS	1
AMPARO DE SÃO FRANCISCO	1
CARIRA	1
DIVINA PASTORA	1
BARRA DOS COQUEIROS	1
JAPARATUBA	1
CANHOBA	1
AQUIDABÃ	1
ESTÂNCIA	1
CAMPO DO BRITO	1
MALHADA DOS BOIS	1
MALHADOR	1
MARUIM	1
MURIBECA	1
NOSSA SENHORA APARECIDA	1
BOQUIM	1
NOSSA SENHORA DE LOURDES	1
ARAUÁ	1
PACATUBA	1
PEDRA MOLE	1

PEDRINHAS	1
PINHÃO	1
PIRAMBU	1
POÇO REDONDO	1
POÇO VERDE	1
PORTO DA FOLHA	1
SIRIRI	1
TOBIAS BARRETO	1
RIACHUELO	1
RIBEIRÓPOLIS	1
TOMAR DO GERU	1
SALGADO	1
SÃO MIGUEL DO ALEIXO	1
SANTO AMARO DAS BROTAS	1
GARARU	1
FREI PAULO	1
NEÓPOLIS	0
MONTE ALEGRE DE SERGIPE	0
BREJO GRANDE	0
SANTANA DO SÃO FRANCISCO	0
CARMÓPOLIS	0
SÃO DOMINGOS	0
AREIA BRANCA	0
SANTA ROSA DE LIMA	0
SANTA LUZIA DO ITANHY	0
FEIRA NOVA	0
JAPOATÃ	0
INDIAROBA	0
MACAMBIRA	0
ITABI	0
Total	160

Fonte: MS/DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: jan. 2020.

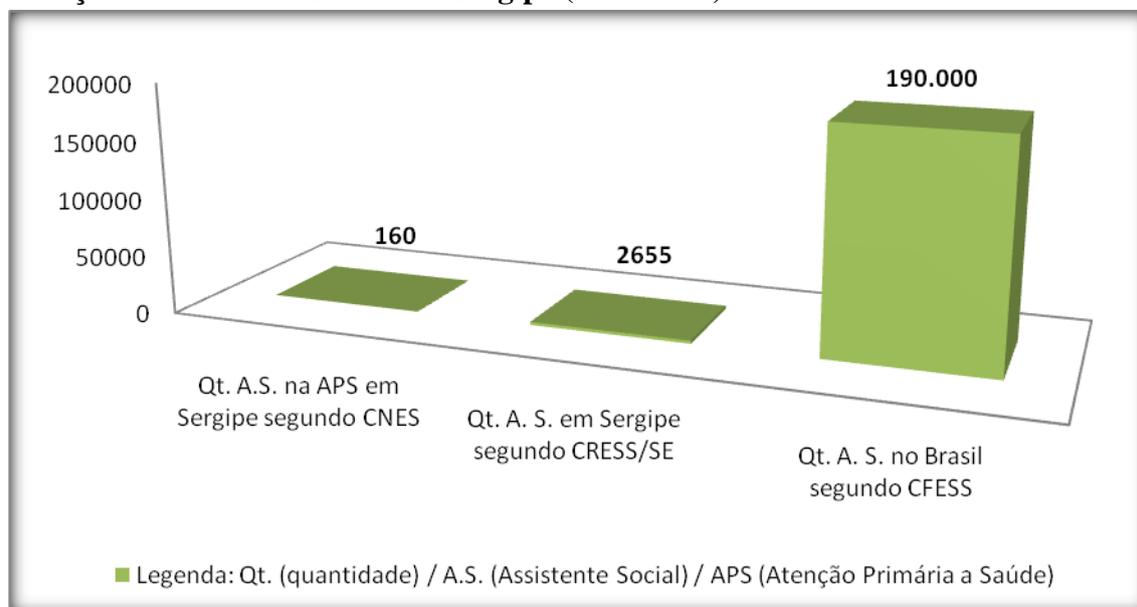
O exame dos dados da tabela 1 apontou que os municípios de referências das regiões de saúde do estado de Sergipe concentraram a maior quantidade de assistentes sociais trabalhando na atenção básica. Dentre os municípios, Aracaju (56); Lagarto (11), Itabaiana (7) e Nossa Senhora do Socorro (4) apresentaram os maiores índices de profissionais vinculados a esse nível de atenção, fato que está ligado também ao porte, a estrutura do município e ainda, ao número de habitantes por local.

Considerando que os assistentes sociais na atenção básica têm o território de saúde como espaço de atuação e intervenção na realidade, onde estão presentes as expressões da questão social que são as demandas de trabalho do Serviço Social, foi possível refletir que o número de profissionais ainda é pequeno nesse nível da atenção a saúde.

De acordo com os dados divulgados em 2020, pelo Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) da 18ª região, o estado de Sergipe possui uma média de 2.655 profissionais registrados. Segundo o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), atualmente o Brasil

possui aproximadamente 190 mil profissionais, com inscrição ativa, nas 27 instituições dos CRESS existentes no país (CFESS, 2020).

Gráfico 8: Comparativo do Total de Assistentes Sociais ativos: CRESS/SE, CFESS e Atenção Primária em Saúde em Sergipe (2019-2020)



Fonte: CNES/CRESS-SE/CFESS. Acesso em: abr. 2020.

Na análise dos dados do gráfico 8 ficou evidente que o nível de complexidade da atenção primária a saúde (APS) em Sergipe constituiu-se como um espaço sócio-ocupacional que ainda absorve poucos assistentes sociais. De uma média total de 2.655 profissionais ativos identificados pelo CRESS no estado de Sergipe, apenas 160 estiveram vinculados ao trabalho da atenção primária a saúde (APS) em 2019, conforme apontou o CNES. Esse valor torna-se ínfimo diante da quantidade atual de profissionais ativos identificados pelo CFESS em todo Brasil (aproximadamente 190 mil).

Através da literatura da área, notou-se que a atenção básica a saúde tem um grande potencial para absorver ainda mais profissionais do Serviço Social, pois trata-se da diretriz de referência e a principal via de acesso da maioria dos cidadãos a Política de Saúde. O trabalho do assistente social nesse contexto é fundamental, pois, conforme orientam os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), os assistentes sociais buscam direcionar a sua ação profissional para a democratização das práticas da saúde.

Segundo Vasconcelos (2009, p. 253),

o que está em jogo para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática é, partindo da definição clara e consciente de suas referências ético-políticas, a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade

objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na relação da unidade entre teoria e prática.

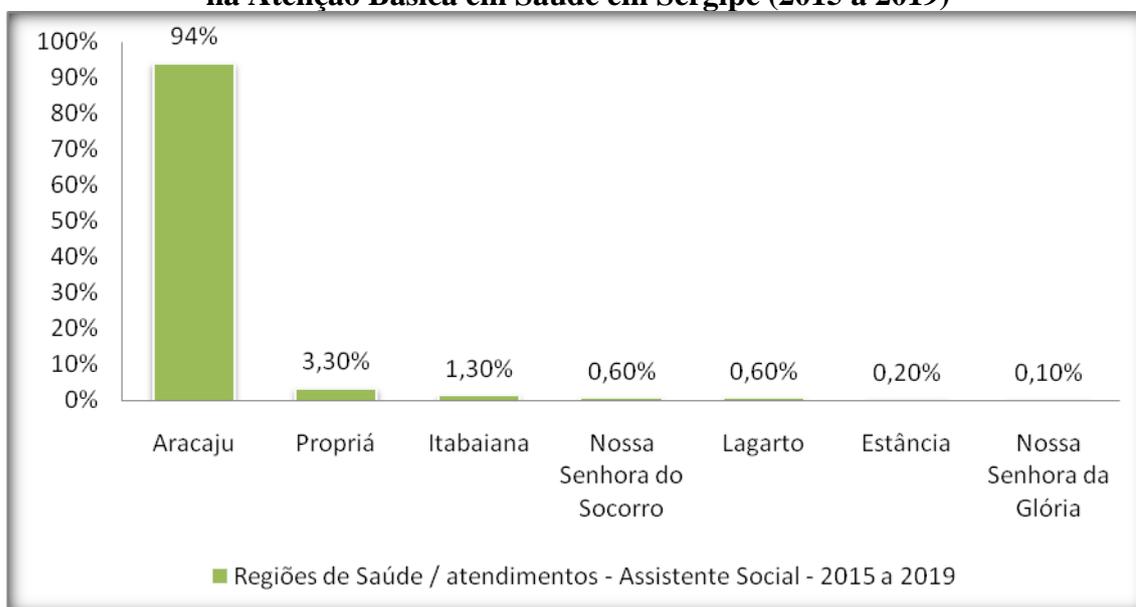
O trabalho do assistente social na atenção básica tem como direção central o Código de Ética Profissional que preconiza a democracia como um dos princípios que devem fundamentar o Serviço Social em seu cotidiano de trabalho, para possibilitar a toda comunidade de saúde o contato com a política de saúde de maneira equânime e mediante práticas empenhadas com a justiça social. Diante do compromisso ético-político da profissão com a sociedade, o sentido das ações dos assistentes sociais ampara-se na perspectiva teórico-metodológica para desvelar e apreender a totalidade social na qual as demandas se inserem na realidade. Assim, de maneira crítica, os referidos profissionais têm a capacidade teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa de promoverem no fazer profissional, a conscientização crítica de todos os sujeitos envolvidos nesse processo, com o intuito de romper com o conservadorismo e encontrar caminhos eficazes que façam frente aos ataques do sistema capitalista as políticas sociais e mais especificamente ao que diz respeito à vida dos sujeitos na política de saúde (CFESS, 2010).

Portanto, as ações dos assistentes sociais na atenção básica vão ao sentido de organizar a comunidade nos territórios de saúde, capacitando-os criticamente para serem agentes políticos na transformação que vai desde o estímulo ao abandono de antigas posturas pautadas no conformismo até a reivindicação por direitos. Nessa lógica faz-se importante atentar sobre o controle social na política de saúde. Para Closs (2012, p. 51-52) “o controle social representa não só o desafio de aprofundamento da gestão democrática da Política de Saúde, mas também um campo de possibilidades de disputa da organização do sistema através de um modelo assistencial integral”. O trabalho do referido profissional na atenção básica em saúde tem o potencial de materializar os valores propostos de efetivação do Sistema Único de Saúde e “contribuir para a organização da comunidade no esforço de melhorar as condições de saúde” (CAMPOS, 2003, p. 580). Assim contribuem para mobilização de usuários, dos diversificados setores profissionais, movimentos sociais e população em geral, estimulando a participação da população no controle social e isso vai de encontro aos interesses do projeto neoliberal do sistema capitalista que quer a precarização para privatizar e mercantilizar a política de saúde como direitos dos cidadãos, por isso os impactos na política de saúde começam desde a porta de entrada do sistema, ou seja, no nível da atenção básica.

4.3.1.2 Regiões de Saúde

A região de saúde foi uma categoria escolhida para análise do trabalho do assistente social na atenção básica em Sergipe, com o objetivo de identificar em cada local, o quantitativo de atendimentos do assistente social. Os resultados obtidos foram organizados no gráfico 9. Nesse sentido, Aracaju foi à região de saúde que apresentou os maiores índices, no que se refere aos registros do trabalho desse profissional na atenção primária, dentro do período analisado. Essa informação encontra-se em acordo com a tendência, já constatada nesse estudo, sobre o perfil das regiões de saúde do estado.

Gráfico 9: Regiões de Saúde com Maiores Índices de Atendimento do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe (2015 a 2019)



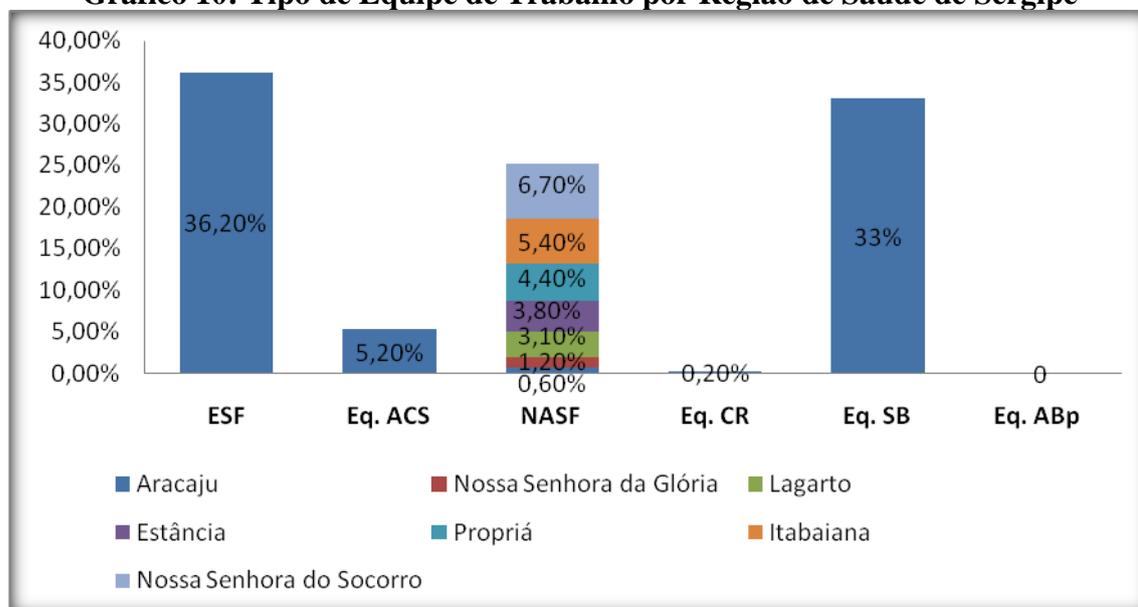
Fonte: MS/DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: abr. 2020.

Quanto ao tipo de equipe por região de saúde (gráfico 10), Aracaju registrou o maior número de assistentes sociais nas Equipes de Saúde da Família (36,20%). Já quando o tipo de equipe investigada foi o NASF, os maiores índices sobre a atuação do profissional foram nas regiões de Nossa Senhora do Socorro (6,7%), seguida de Itabaiana (5,4%) e Propriá (4,4%). Nesse sentido, constatou-se ainda que às regiões de saúde localizadas nas áreas do interior do estado, só apresentaram registros sobre o trabalho do assistente social no NASF, de modo que a atuação do profissional em outras equipes de saúde só foi sinalizada na região de Aracaju (ESF: 36,2%; Eq.ACS: 5,2%; Eq.CR: 0,2% e Eq.SB: 33%).

O trabalho do assistente social nos municípios visa contribuir com a promoção de saúde, atuando junto à comunidade e as famílias no enfrentamento das questões de saúde da região, possibilitando também o acesso da população a direitos e as políticas sociais, orientando a população sobre prevenção e educação em saúde, construindo espaços de

participação popular na saúde e em conselhos de direitos. Portanto, contribui para o exercício de cidadania e para a participação da sociedade no controle social e na gestão da política de saúde.

Gráfico 10: Tipo de Equipe de Trabalho por Região de Saúde de Sergipe



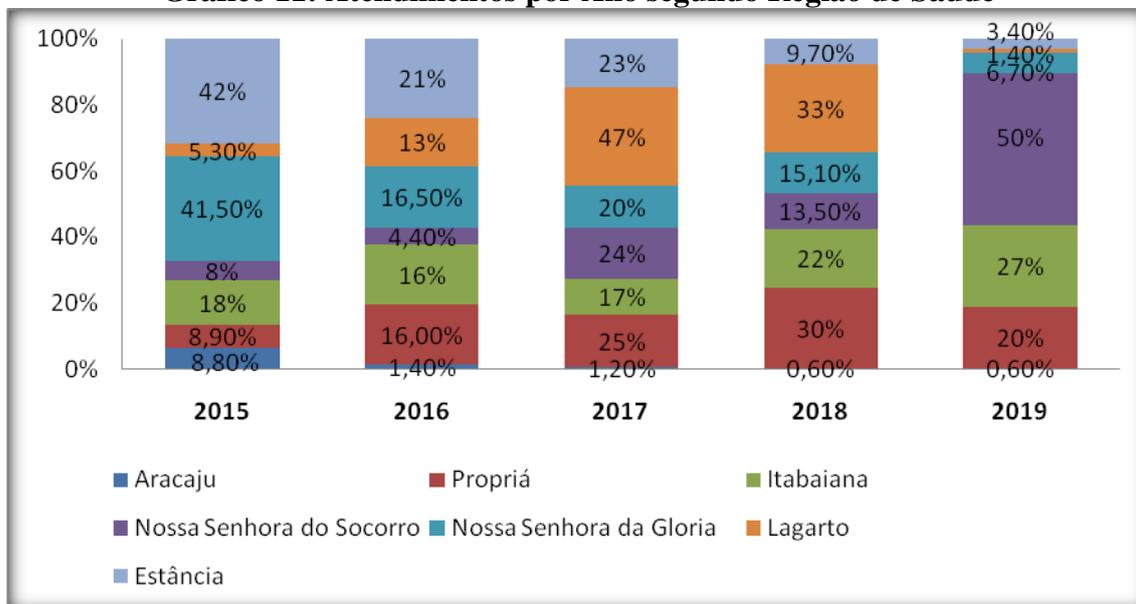
Fonte: MS/DESF. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Acesso em: abr. 2020.

A explicação para o NASF ser a referência do trabalho de assistentes sociais nas regiões rurais de saúde em Sergipe deve-se ao fato da interiorização das equipes da atenção básica a saúde ter sido estimulada principalmente pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Em razão disso, as equipes de saúde foram ampliadas no estado e consequentemente a presença dos assistentes sociais no NASF aumentou nesse período. Segundo o Plano Estadual de Saúde de Sergipe que vigorou entre os anos 2016 a 2019, em relação à adesão ao referido programa do MS: “97,33% dos municípios sergipanos, 97,66% das Equipes de Atenção Básica e 85% de Equipes de NASF aderiram ao 3º ciclo do PMAQ em 2015” (SERGIPE, 2016, p. 75). Portanto, o PMAQ-AB ampliou o acesso da atenção primária a saúde e garantiu a melhoria de qualidade das ações governamentais para esse nível de saúde.

A influência do PMAQ-AB no processo da ampliação e interiorização da atenção básica em saúde em Sergipe refletiu também na expansão do trabalho do assistente social nesse nível de atenção a saúde, conforme pode ser verificado no gráfico 11, que registrou um crescimento, por regiões de saúde, do número de procedimentos na produção de trabalho desse profissional, cadastrados no sistema de informação em saúde para a atenção básica

(SISAB), entre os anos de 2015 a 2019. Esse fato aponta para um aumento do número de profissionais atuando na área.

Gráfico 11: Atendimentos por Ano segundo Região de Saúde



Fonte: MS/DESF. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Acesso em: abr. 2020.

Dentre as regiões de saúde que atestaram um aumento quantitativo dos registros dos procedimentos de trabalho assistente social estão: Nossa Senhora do Socorro que no período entre 2015 a 2019, computou um aumento de 42%; Propriá, cujo aumento foi de 11% e, Itabaiana onde o aumento foi de 9%. A partir da comparação entre o gráfico 10 e o gráfico 11, evidenciou-se que os registros no banco de dados do SIA/SUS (gráfico 11) confirmaram os registros no gráfico anterior (gráfico 10) obtidos no banco de dados do SISAB, revelando assim, que esse aumento nas referidas regiões de saúde, encontra-se associado ao trabalho do assistente social no NASF.

De acordo com os Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde,

apesar dos assistentes sociais não terem sua inserção prevista na equipe mínima da ESF, vem sendo demandados e incorporados às equipes de vários municípios brasileiros para atuarem na mobilização e sensibilização da população usuária da saúde, bem como para a realização de ações socioeducativas e intersetoriais, contribuindo dessa forma para a promoção da saúde (CFESS, 2010, p. 58).

Conforme explicam também Carvalho, Almeida e Machado (2018, p. 235), “em geral as equipes mínimas de saúde da família são compostas por médico (generalista ou de família), enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários”. Nesse sentido, os assistentes sociais não estão previstos para atuar nessas equipes mínimas. E fica a cargo dos municípios a absorção e pagamento pelo trabalho do assistente social. Essa é uma determinação prevista também pela Política Nacional de Atenção Básica a saúde

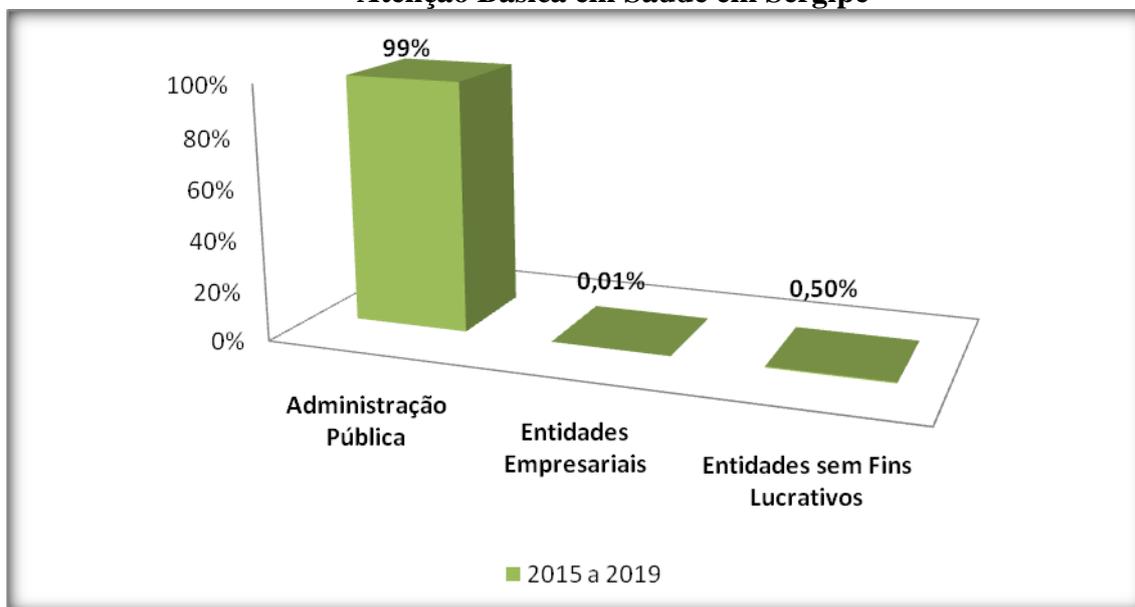
(PNAB), a qual definiu que o nível de saúde da atenção primária deve funcionar com os profissionais da composição das equipes mínimas.

4.3.1.3 Natureza Jurídica

A natureza jurídica é uma variável de análise vinculada ao estabelecimento de saúde que realizou o cadastro das informações registradas no banco de dados, segundo o CBO do profissional. A abordagem dessa categoria reforçou o cumprimento do objetivo de identificar a respeito da produção do trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe. E teve como fundamento maior verificar o tipo do estabelecimento ao qual este profissional está vinculado.

No gráfico 12 os resultados apontaram que a administração pública (90%) foi o espaço predominante dos registros, sendo, portanto uma medida, da atuação do Serviço Social no nível primário de saúde. Essa constatação encontra-se alinhada a pesquisa realizada pelo CFESS (2005), seguindo a tendência histórica do perfil do assistente social no Brasil ser o de trabalhar na administração pública.

Gráfico 12: Natureza Jurídica dos Estabelecimentos de Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe



Fonte: MS/DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: abr. 2020.

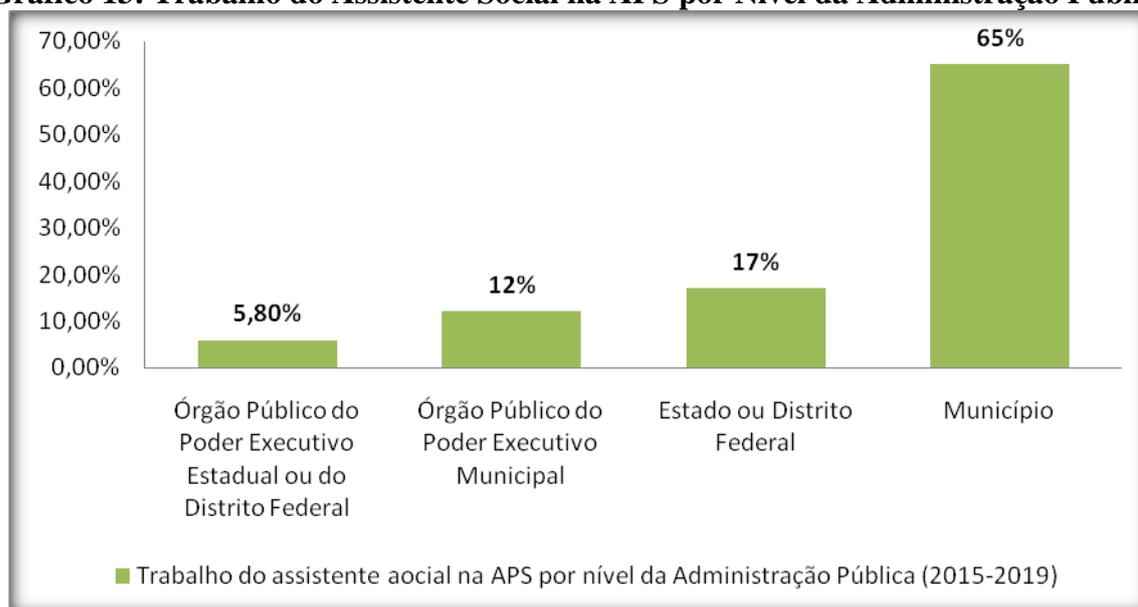
Conforme anunciou Iamamoto (2009), em seu estudo a respeito dos espaços sócio-ocupacionais do assistente social, os maiores empregadores dessa categoria profissional são, em primeiro lugar as instituições públicas estaduais, depois as empresas privadas e em seguida o terceiro setor. Sobre isso também esclareceu Castro (2017) que o primeiro setor faz referência ao Estado e seus entes públicos, o segundo ao mercado representado pelas

empresas que atuam na busca do lucro e, o terceiro setor, as organizações de caráter privado sem fins lucrativos, a organização e a iniciativa da sociedade.

Cabe destacar ainda que no gráfico 12, as entidades sem fins lucrativos também foram sinalizadas nos cadastros do banco de dados do SIA/SUS e embora tenham recebido um percentual pequeno (0,5%) sinalizam para a existência de profissionais que trabalham no nível da atenção básica em saúde nesses espaços do terceiro setor. Essa constatação é mais um indicativo do desmonte da política de saúde por parte do sistema capitalista, uma vez que a responsabilidade pela atenção primária a saúde é do Estado, mas que aos poucos está sendo assumida pela sociedade. Um exemplo que confirma essa constatação foi à publicação do Decreto nº 10.283 de março de 2020, instituindo o Serviço Social Autônomo na APS, que foi denominado de Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). E assumiu a forma de pessoas jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Portanto, a ADAPS trata-se de um ente privado do terceiro setor que atua para complementar a atenção básica a saúde no Brasil, através da colaboração da sociedade (BRASIL, 2020).

Em relação ao trabalho do assistente social da atenção básica a saúde, por entes federados da administração pública, o gráfico 13 indicou que em Sergipe a esfera municipal (65%) é o setor público que mais vincula a atuação desse profissional no que tange a natureza jurídica dos estabelecimentos de trabalho. Em seguida o setor estadual. Essa constatação confirma a pesquisa do CFESS (2005) sobre o perfil do profissional no Brasil, a qual identificou que os assistentes sociais brasileiros são predominantes na esfera municipal.

Gráfico 13: Trabalho do Assistente Social na APS por Nível da Administração Pública



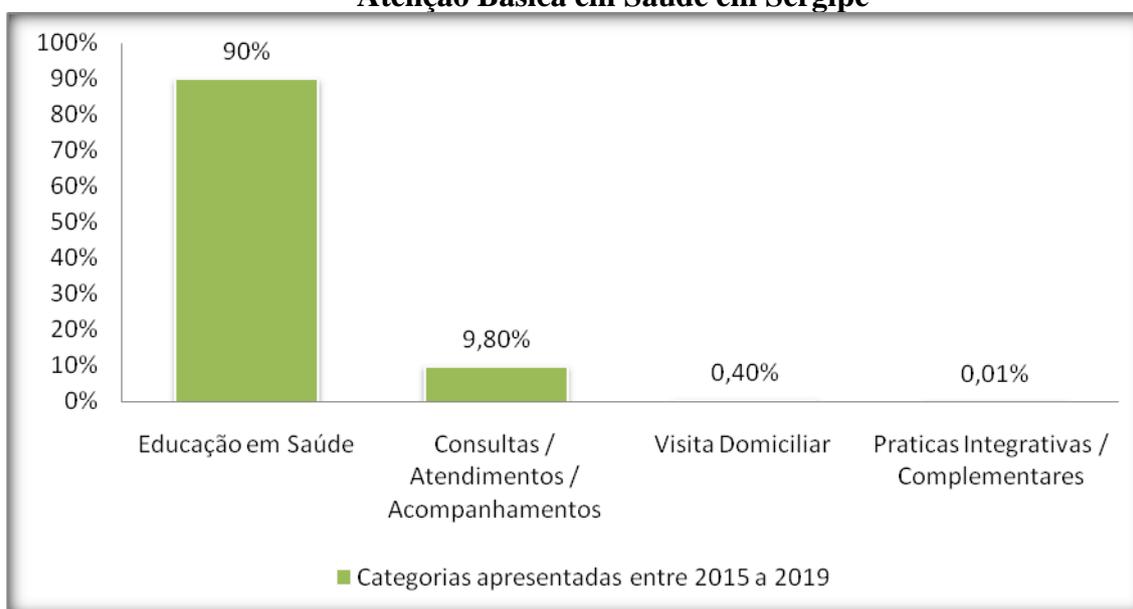
Fonte: MS/DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: abr. 2020.

4.3.1.4 Forma de Organização

A forma de organização foi uma categoria localizada no banco de dados do SIA/SUS, escolhida com o objetivo de obter as informações a respeito do eixo principal do trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe, entre 2015 a 2019.

Nesse sentido, constatou-se que a educação em saúde foi o eixo que recebeu o maior número de registros (90%), no período analisado no banco de dados do SIA/SUS (gráfico 14). O número elevado de cadastros para educação em saúde sinaliza que esta é uma vertente relevante no trabalho do profissional do Serviço Social, fato que segue o direcionamento apontado pelo Conselho Federal de Serviço Social, manifestado através dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, o qual prever que a educação em saúde deve-se constituir como eixo central da atuação do profissional (CFESS, 2010). Conforme sinaliza o referido documento, a educação em saúde corresponde às ações socioeducativas e é uma vertente do atendimento direto aos usuários que se concretiza com o exercício da profissão.

Gráfico 14: Eixos da Forma de Organização do Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe

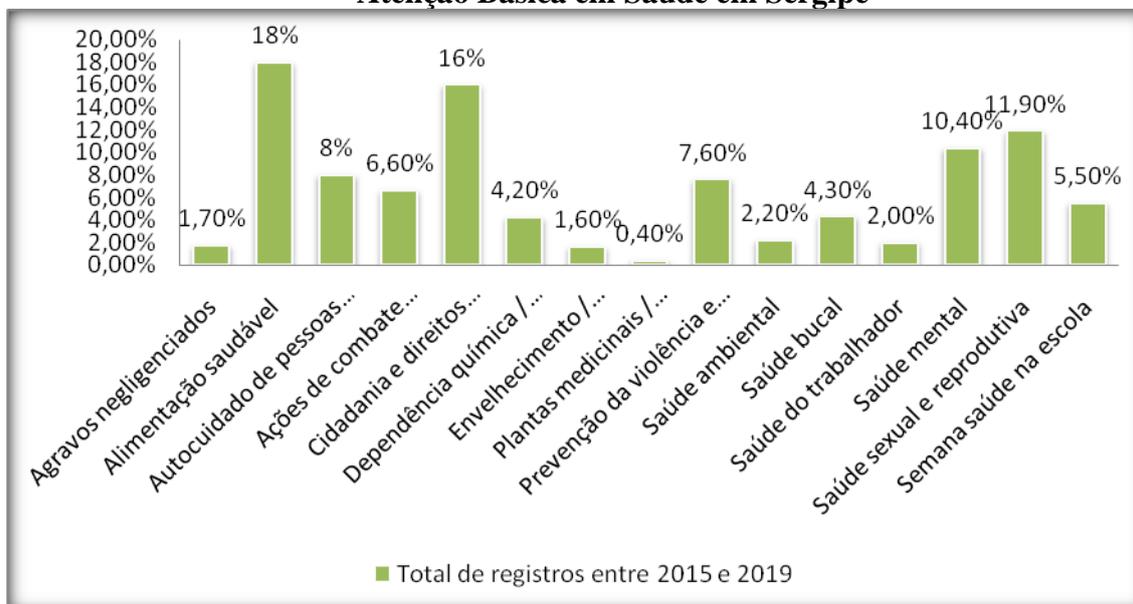


Fonte: MS/DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: abr. 2020.

Em relação aos temas tratados no eixo da educação em saúde (gráfico 15), constatou-se que no período analisado por este estudo, estiveram presentes nas ações do assistente social da atenção básica em saúde em Sergipe, as seguintes temáticas: alimentação saudável (18%), cidadania e direitos humanos (16%), saúde sexual e reprodutiva (11,9%), saúde mental (10,4%), autocuidado de pessoas com doenças crônicas (8%) e prevenção da violência e promoção da cultura da paz (7,6%). De acordo com as diretrizes da Fundação Nacional de

Saúde, os temas trabalhados nas ações desse eixo devem ser organizados considerando as necessidades e características de cada território (BRASIL, 2007). Esses temas estão alinhados as diretrizes previstas no Plano Estadual de Saúde de Sergipe com vigência entre 2016 a 2019.

Gráfico 15: Temas sobre Educação em Saúde no Trabalho do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe



Fonte: MS/DESF. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Acesso em: abr. 2020.

Segundo o que vem sendo apontado na literatura, a educação em saúde no trabalho do assistente social se constitui como um dos principais instrumentos de intervenção desse profissional na Política de Saúde, sobretudo no espaço da atenção primária, como defende Mendes (2011), que indica a contribuição da educação em saúde para a transformação de comportamentos dos usuários e da comunidade.

O trabalho do assistente social na atenção básica em saúde tem como estratégias de atuação a vertente sócioeducativa como forma de promover junto aos grupos da comunidade, aos usuários individualmente e aos profissionais, a reflexão crítica das demandas do cotidiano com a problematização da realidade do território, estimulando a construção de formas de organização da população para acessar direitos sociais e promover cidadania (CFESS, 2010).

A Educação em Saúde é um dos principais instrumentos do trabalho profissional do assistente social no campo da saúde. Assim sendo, reveste-se das dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas que norteiam a competência profissional do assistente social que precisam ser mais bem compreendidas para a apreensão crítica da realidade profissional e para subsidiar a intervenção do Serviço Social (SANTOS; SENNA, 2017, p. 439).

De acordo com o estudo realizado por Camargo (2014), a educação em saúde encontra-se entre as competências do assistente social na atenção primária do SUS. A

associação dessas duas categorias: educação e saúde, interagem com o Serviço Social, no sentido de contribuir na promoção de qualidade de vida para a sociedade. Educação e saúde são direitos fundamentais afirmados na Declaração dos Direitos Humanos de 1948 e na Constituição Federal de 1988. Também a Lei Orgânica da Saúde (LOS) sinaliza a educação como um dos determinantes da saúde, relevante na manutenção da qualidade de vida e na organização da sociedade. A relação entre essas duas políticas é intersetorial e, no trabalho do assistente social na atenção básica, proporciona ações e intervenções direcionadas para o diálogo das diferentes formas de conhecimentos, para o enfrentamento dos problemas, para a prevenção, promoção, capacitação e qualificação em saúde.

Na visão de Martins, Borges, Felício e Wener (2017), o NASF é o espaço que direciona o trabalho do assistente social para atuação com a educação em saúde. Assim também entende Santos (2016, p. 8) que “o profissional de Serviço Social no NASF tece a compreensão dos saberes e práticas que são vivenciadas no cotidiano dos sujeitos. Tal conhecimento [...] contribui para a efetivação de um paradigma de atuação mais amplo no que tange à educação em saúde”.

No âmbito da atenção básica a saúde, as diretrizes do NASF-AB prevêm que os profissionais se utilizem desse processo educativo para contribuir com as mudanças sociais a partir da reflexão crítica sobre a realidade, para contribuir com a análise das influências dos determinantes sociais da saúde no território, também com o trabalho em equipe, de modo que possam “por meio de intervenções coletivas, com grupos de usuários, famílias e na comunidade, utilizar essas práticas de educação em saúde como espaço para abordagem interdisciplinar, tornando as atividades mais criativas e participativas” (BRASIL, 2010, p. 79). Assim, no espaço da atenção primária, a educação em saúde é pensada pelos profissionais dentro de um processo coletivo de trabalho, ocorrendo de maneira interdisciplinar como ferramenta necessária a conscientização da comunidade para os temas da saúde, despertando assim, o entendimento sobre a responsabilidade de todos os sujeitos no processo de cuidados, promoção e prevenção em saúde.

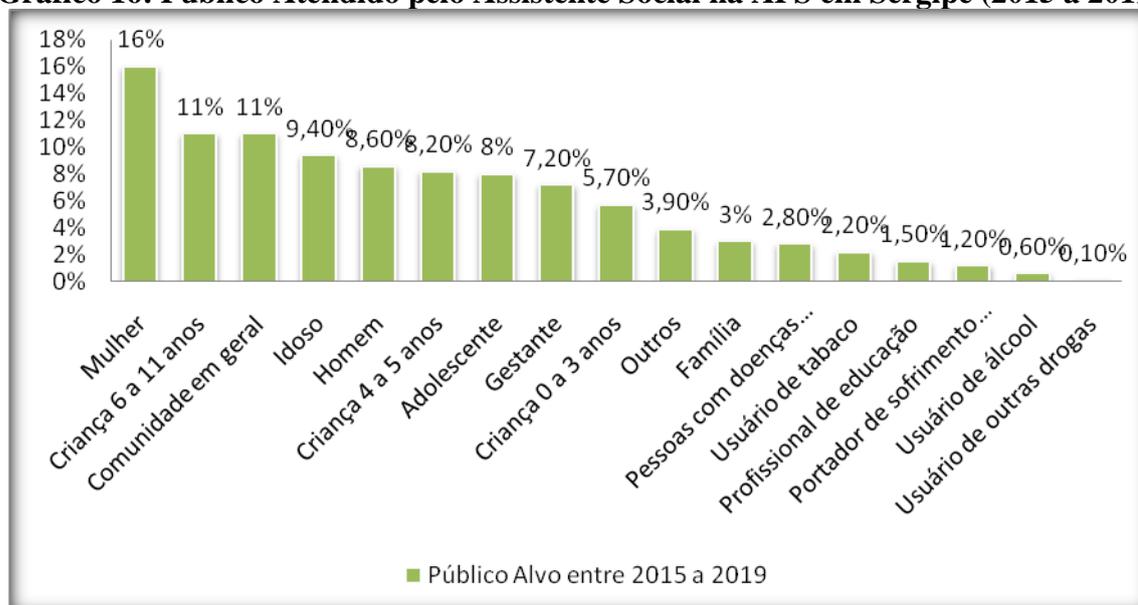
4.3.1.5 Atendimentos aos Usuários

A compreensão sobre o perfil dos atendimentos e acompanhamentos auxiliou na caracterização do modo de trabalho do assistente social direcionado aos usuários, que é um dos pilares da atuação dos assistentes sociais na saúde, conforme os Parâmetros do CFESS (2010) para essa área do Serviço Social.

Com o objetivo de caracterizar o trabalho do referido profissional junto aos usuários, identificou-se nessa categoria sobre as variáveis quanto ao público-alvo, faixa etária, tipo de demanda e local de atendimento.

Em relação aos atendimentos é importante sinalizar primeiramente, que de acordo com o Código de Ética, o assistente social tem como princípio norteador, o “exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física” (CFESS, 2012). Nesse sentido, o público-alvo do trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe (gráfico 16) são todos os usuários de saúde. Contudo, entre 2015 a 2019, ficou evidente que as mulheres foram à maioria (16%). Em segundas foram às crianças (11%), a comunidade em geral (11%), idosos (9,4%) e homens (8,60%).

Gráfico 16: Público Atendido pelo Assistente Social na APS em Sergipe (2015 a 2019)



Fonte: MS/DESF. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Acesso em: abr. 2020.

Com base nesses dados, evidenciou-se que a diferença entre homens e mulheres, no que se refere aos atendimentos e acompanhamentos pelo Serviço Social da atenção básica, teve como resultado uma variação que representou praticamente o dobro (7,4%) de um

público para outro. Essa constatação remonta a uma tendência apontada por Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p. 565) de que a “presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres”. Também os autores Alves et al. (2011) afirmaram que na APS a maior procura pelos serviços de saúde é feminina. Embora não seja o foco desse estudo, convém destacar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem busca reduzir essa diferença no país (BRASIL, 2008).

Outro critério associado à constatação sinalizada no gráfico 16 remonta ainda ao fato de que as mulheres são mais expostas ao contexto da condição de pobreza e vulnerabilidade social e, por isso, procuram mais pelo atendimento na atenção básica a saúde. Para Melo (2005, p. 3) as questões de gênero e classe “[...] incidem com maior peso na vida das mulheres que as tornam mais vulneráveis com a relação à pobreza”. Também o estudo de Costa, et al. (2005), deixou evidente a existência de uma sobre-representação¹⁰ feminina na pobreza, ou seja, de uma presença maior de mulheres entre os mais pobres. Um exemplo disso foi que a Organização das Nações Unidas (ONU) noticiou em 2016 que, “as mulheres foram às principais beneficiárias das políticas sociais para a redução da pobreza no Brasil nos últimos anos”.

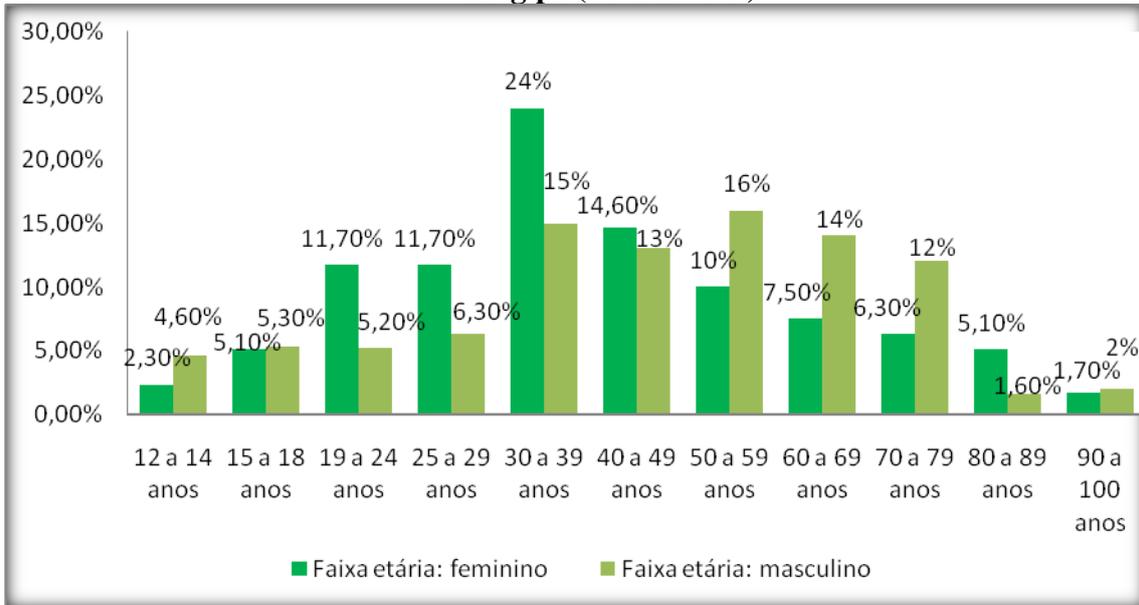
Nesse contexto, a saúde da mulher foi abordada e analisada pelo Protocolo da Atenção Básica específico para esse tema, publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2015, que estruturou a orientação no seguinte sentido: “os profissionais da Atenção Básica devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial [...] (BRASIL, 2016). Diante disso, refletiu-se que o fato das mulheres serem o público mais constante nos atendimentos do trabalho do assistente social na APS, para além da tendência histórica de serem mais cuidadosas e participativas, tem vinculação também com os impactos do sistema capitalista que atinge sobretudo, os mais vulneráveis.

Em relação à faixa etária mais atendida, constatou-se no gráfico 17, que entre as mulheres foi predominante a variação entre 30 aos 39 anos (24%). Já entre os homens, essa faixa etária foi de 50 a 59 anos (16%). Trata-se, portanto, de um público adulto e em idade economicamente ativa segundo classificação do IBGE (2010). Esse perfil encontrado não seguiu a mesma linha da pesquisa publicada no ano 2019, sobre as condições de trabalho de

¹⁰ O termo sobre-representação é utilizado pelos referidos autores de maneira vinculada a predominância da condição de pobreza entre mulheres ou de famílias mantidas somente por estas. De acordo com Costa, et al (2005, p. 7): “O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), por exemplo, aponta uma sobre-representação das mulheres entre os pobres no Relatório de Desenvolvimento Humano de 1995, e afirma que 70% dos pobres no mundo eram mulheres”.

assistentes sociais da área da saúde, que afirmou que: “o público atendido pelo serviço social é majoritariamente composto de crianças, idosos, pessoas com algum tipo de enfermidade ou deficiência, drogadição, perda de poder familiar, violência doméstica, conflito com a lei, dentre outros, [...]” (LOURENÇO et al., 2019, p. 163).

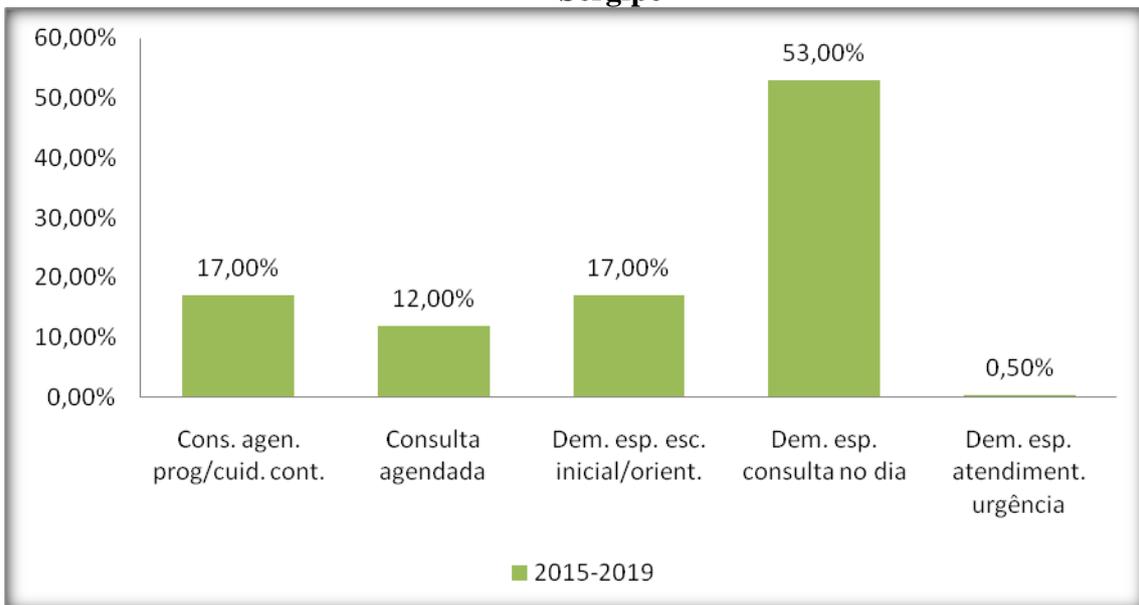
Gráfico 17: Faixa Etária dos Usuários Atendidos por Assistentes Sociais na APS em Sergipe (2015 a 2019)



Fonte: MS/DESF. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Acesso em: abr. 2020.

Quanto ao tipo de atendimento prestado aos usuários, o gráfico 18 apontou para as demandas específicas / consultas no dia (53%), como as mais recorrentes.

Gráfico 18: Tipos de atendimentos do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe



Fonte: MS/DESF. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Acesso em: abr. 2020.

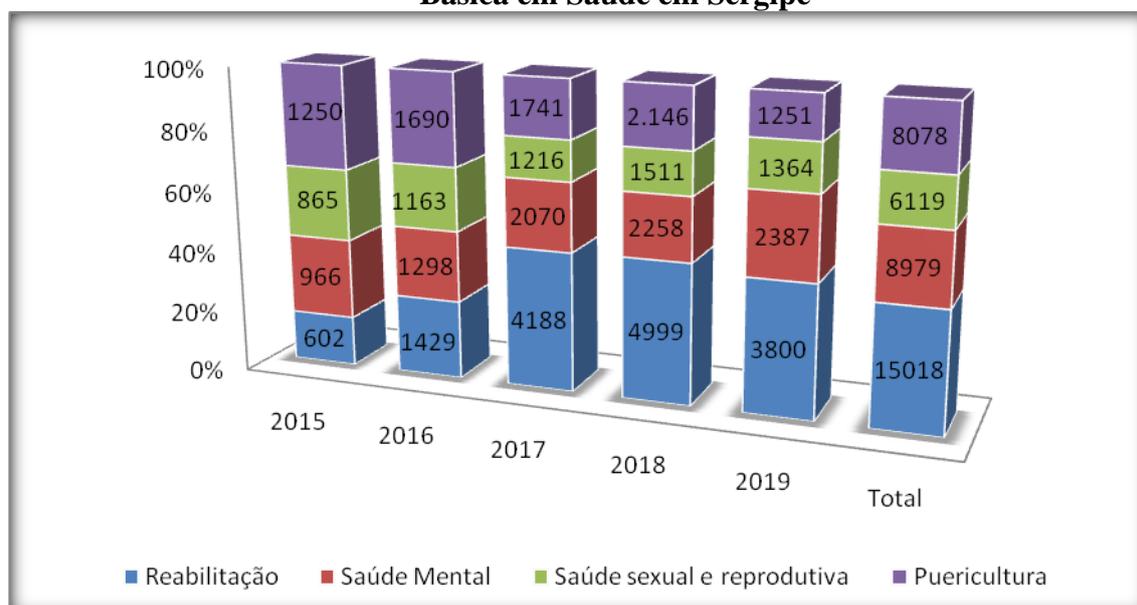
Em seguida, foi prevaiente, no trabalho do referido profissional, as demandas específicas para escuta inicial e orientação (17%) e consultas agendadas / programadas para cuidados continuados (17%).

Segundo Brasil (2013, p. 33) a demanda específica / consulta no dia, refere-se aquelas desempenhadas “[...] no mesmo dia em que o usuário busca o serviço, de caráter não urgente”. Assim, o fato desse tipo de demanda ter recebido os maiores registros no banco de dados, comunica sobre o trabalho do assistente social com o acolhimento das demandas. Na visão de Sousa (2004, p. 59) para o “assistente social, uma de suas atribuições no exercício da abordagem individual é o acolhimento do usuário”. E é um critério previsto na Política Nacional de Humanização.

Outro tipo de constatação vista a partir do gráfico 18, foi sobre o atendimento as demandas específicas para escuta inicial e orientação (17%). Esse dado está relacionado ao anterior, pois no contexto da atenção básica a saúde, o processo de atendimento das demandas por parte do Serviço Social, tem início com a escuta e acolhida dos usuários. Segundo entendem Chupel e Mito (2010, p. 50) “como postura profissional, o acolhimento é visto como uma diretriz e, nesta acepção, receber, escutar e tratar de maneira humanizada os usuários e suas demandas é o pressuposto de uma postura baseada no acolhimento”.

Sobre os tipos de demandas de saúde (gráfico 19), o sistema de informação em saúde para a atenção básica (SISAB) classificou a atuação do profissional em 22 modalidades de problema/condição de saúde. Contudo este estudo classificou quatro como mais recorrentes.

Gráfico 19: Principais Demandas para o Atendimento do Assistente Social na Atenção Básica em Saúde em Sergipe



Fonte: MS/DESF. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Acesso em: abr. 2020.

Nessa perspectiva, de acordo com o gráfico 19, quatro problemas / condição de saúde, foram mais constantes em termos de registros no SISAB, vinculados ao trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe: puericultura (8078), saúde sexual e reprodutiva (6119), saúde mental (8979) e reabilitação (15018).

Com base no gráfico 19, pode-se entender que a reabilitação foi à conduta mais freqüente (total: 15018) no período analisado. A reabilitação trata-se de um processo de cuidados com a pessoa com deficiência. No âmbito da APS essa condição recebe o tratamento da equipe multidisciplinar da qual o assistente social integra, contribuindo com o acolhimento necessário para um progresso no quadro de saúde do indivíduo em reabilitação. O contato do referido profissional com os indivíduos nessa condição, ocorre a partir do acolhimento as demandas específicas, por meio de um escuta inicial, além de uma prestação de cuidados continuados que vão orientar o usuário do serviço de saúde e viabilizar o acesso deste aos seus direitos, inserindo-o na rede de atenção básica a saúde e conectando-o as políticas sociais.

Entre os profissionais de nível superior que possuem competências no campo da reabilitação, incluem-se terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais. Esses profissionais contribuem para a melhora ou manutenção da funcionalidade das pessoas na interação com o seu ambiente por meio de intervenções diversas, como exercício físico, educação em saúde, acolhimento e aconselhamento, adaptações no ambiente e disponibilização de tecnologias assistivas. Tais medidas, portanto, pressupõem que a reabilitação pode ser configurada por práticas multidisciplinares e multiprofissionais, com variada população assistida em função de múltiplas condições clínicas e funcionais (MELO, 2019, p. 17).

Quanto ao local onde o assistente social atende o usuário, no gráfico 20, os resultados no período analisado nessa pesquisa foram de 86%, para o espaço da UBS. “Esse dado segue a constatação afirmada nas diretrizes do NASF (2010, p. 10) de que: “a atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas unidades básicas de Saúde [...].

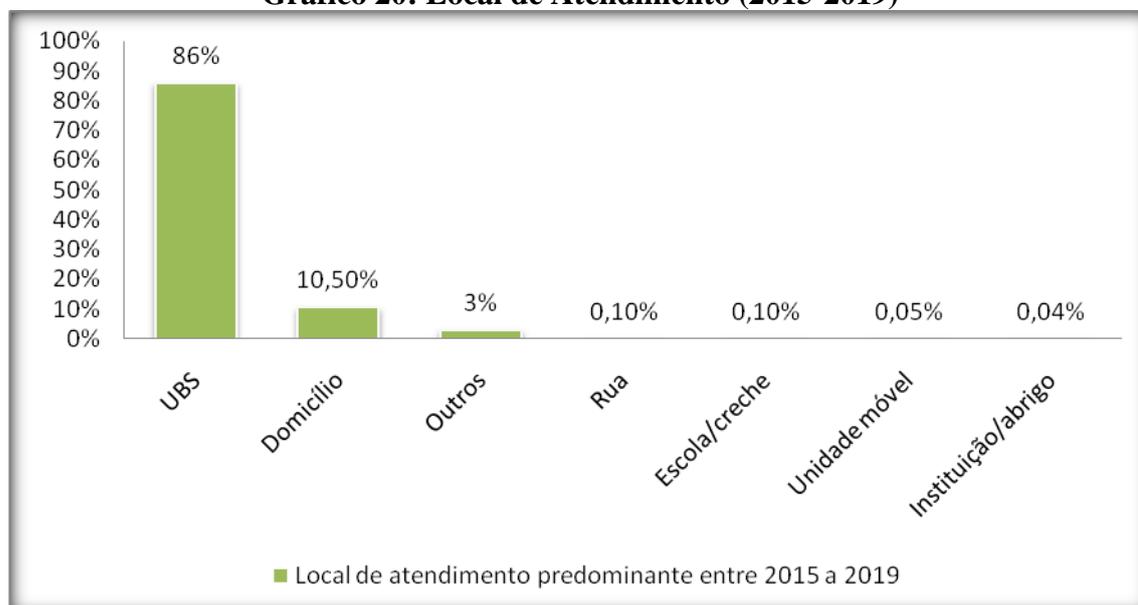
Conforme dispõe a PNAB (2017): “art. 6º [...]. Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS”. Nesse sentido é um espaço onde o cidadão tem a oportunidade de dialogar sobre a promoção de saúde, prevenção, de doenças e qualidade de vida e direitos, sendo, sobretudo um espaço de cidadania.

De acordo com Carrapato, Souza e Santos (2014, p. 3):

As Unidades Básicas de Saúde são as “portas de entrada” para o SUS, e a atuação profissional do serviço social nas mesmas é voltado a descobrir todas as possibilidades de ação, já que o campo de expressões da questão social apresenta

concretas desigualdades, onde os direitos sociais são constantemente ameaçados, inclusive o direito a saúde e à vida.

Gráfico 20: Local de Atendimento (2015-2019)



Fonte: MS/DESF. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Acesso em: abr. 2020.

Os espaços das unidades básicas de saúde (UBS) estão situados nos territórios de saúde, junto aos sujeitos que integram a comunidade. Também tem a finalidade de acolher a realidade, as condições de vida, sendo um ponto de apoio para receber as vulnerabilidades e as potencialidades das condições dos indivíduos, bem como o contexto e a dinâmica do cotidiano local. Portanto, trata-se de um espaço técnico que possibilita ao assistente social vivenciar a dimensões constitutivas da profissão: teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, bem como conhecer e intervir na realidade.

Em relação ao vínculo do profissional direto com o usuário, sinalizam Silva e Krüger (2018, p. 279), que este contato surge “de forma espontânea (interna e externa), pois os indivíduos buscam por atendimento direto ou são encaminhados pelos mais diversos setores da unidade ao Serviço Social”. Essas demandas espontâneas tendem a se apresentar associadas à cobrança de respostas imediatas e burocráticas, sendo este um desafio para o assistente social, uma vez que o referido profissional deve buscar ultrapassar a barreira da imediaticidade das demandas, por meio da reflexão e análise da totalidade dos fatos com o escopo de construir respostas que transcendam a burocratização e não reproduzam a lógica capitalista no processo de trabalho com modelos engessados de respostas as demandas sem o viés crítico e político, que tolhem a capacidade de construção de formas de enfrentamento ao processo de desestruturação e contrarreformas a política de saúde. Por isso é importante as respostas profissionais seguirem na direção sócioeducativa para conscientizar a comunidade

de saúde da capacidade que possuem para romper com a alienação, desejada pelo capitalismo, por meio da luta por garantias de saúde com qualidade, como um direito de todos.

Os atendimentos ao usuário como ações específicas de demandas ao assistente social na atenção primária “devem ser precedidas de encaminhamento por parte da eSF, com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pela situação” (MARTINI; DAL PRÁ, 2018, p. 126). Então, o atendimento direto ao usuário corresponde a uma atuação de natureza conjunta e coletiva, devendo ser objeto de atuação de toda a equipe.

Os parâmetros do CFESS (2010) revelam que o atendimento direto aos usuários ocorre em todos os espaços de atuação profissional e em todos os níveis de saúde, sendo composto por ações que funcionam de maneira interdependente e complementares: “as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas.” (CFESS, 2010, p. 42). Tais ações são classificadas como essenciais para o funcionamento do processo de trabalho do assistente social na saúde, uma vez que norteiam as intervenções desse profissional com foco na interdisciplinaridade e no fortalecimento da coletividade. Para tanto, orienta o referido documento do CFESS, que o assistente social deve atentar-se para que suas ações sejam pautadas na investigação da realidade, para planejar suas intervenções de modo a envolver e estimular a participação da população no engajamento dos processos e no controle social na saúde. Além disso, documento do CFESS indica também que as ações sócioassistenciais do Serviço Social na saúde devem seguir a direção sócioeducativa como medida das suas práticas de trabalho com os usuários dos serviços em todos os níveis de atenção a saúde.

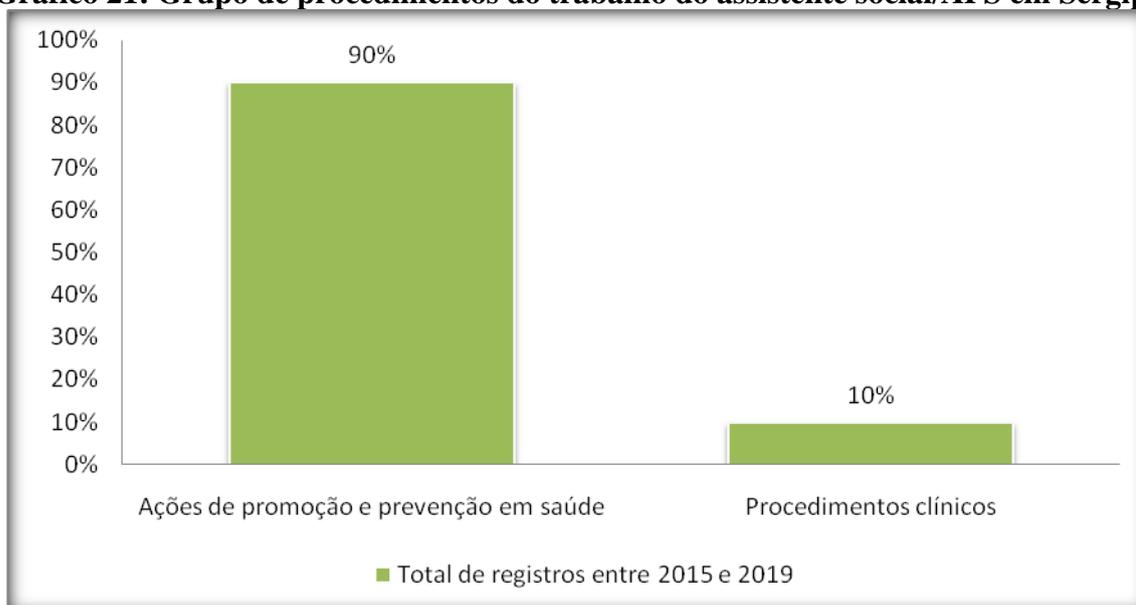
4.3.1.6 Procedimentos

Outra variável escolhida para análise desse estudo trata dos procedimentos de trabalho do assistente social na atenção básica. Para tanto tomou-se por base a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS que apresenta a estrutura organizacional dos procedimentos do SUS.

Quanto aos grupos de procedimentos (gráfico 21) as ações de promoção e prevenção em saúde (90%) foram predominantes no trabalho do assistente social na atenção primária em Sergipe, em comparação aos procedimentos clínicos (10%). Essa constatação está de acordo com os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, que entende o profissional do Serviço Social como agente que trabalha para “sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos” (CFESS, 2010, p. 56).

No trabalho do assistente social na atenção básica em saúde, as ações de promoção e prevenção configuram-se como um recurso importante para a construção de estratégias de enfrentamento das expressões da questão social, visto que essas ações são capazes de viabilizar o acesso da comunidade aos direitos sociais, possibilitando também, a partir da reflexão sobre os determinantes sociais, examinar a totalidade que caracteriza a relação entre saúde e sociedade, bem como, elaborar formas de participação democrática nos processos de gestão e de luta por direitos, seja na política de saúde, seja nas demais políticas sociais.

Gráfico 21: Grupo de procedimentos do trabalho do assistente social/APS em Sergipe



Fonte: MS/DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: abr. 2020.

Como recurso do trabalho do assistente social, ações de promoção e a prevenção em saúde na atenção básica, exigem que o profissional seja propositivo e que utilize os acontecimentos da realidade para levar os usuários a refletir sobre suas responsabilidades e direitos.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), cabe ao assistente social desenvolver estratégias capazes de responder às necessidades da população, específicas do seu campo de atuação, de forma articulada e contextualizada para o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais, buscando a promoção da saúde (QUINTINO et al., 2012, p. 347).

Nesse sentido tais ações constituem-se como um recurso para o profissional da atenção primária intervir e contribuir para melhorar a realidade da comunidade, “na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde” (CFESS, 2010, p. 45).

Segundo Vasconcelos (2009, p. 18), “é ao projetar suas ações que os profissionais se transformam em ‘recurso vivo’ podendo, assim, contribuir com os usuários na busca por transformações das suas condições de vida e de trabalho, ou seja, promover a saúde”. Nesse sentido, é importante enfatizar que as ações do profissional do Serviço Social na APS têm como responsabilidade estimular a promoção da saúde através de mudanças nas formas de pensar da comunidade, que permitem os sujeitos interpretarem as suas condições sociais e de vida, incentivando-os a deixarem a passividade para assumirem uma postura de luta por direitos, enfrentando e buscando soluções para as expressões que os adoecem.

Conforme refletiu Quintino, et al. (2012, p. 348) sobre as ações do assistente social da rede básica de saúde, os eixos de ação profissional, quanto a promoção e prevenção são: “promover ações educativas viabilizando a qualidade de vida; divulgar os direitos sociais e os serviços de saúde do município; promover a participação popular junto aos serviços de saúde; mediar a relação entre usuários e serviços de saúde; criar redes de produção de saúde”.

Nessa perspectiva as ações de promoção e prevenção no trabalho do assistente social na atenção básica em saúde contribuem para levar os sujeitos a alcançarem a autonomia e a emancipação, para que estes assumam uma postura participativa e crítica através da compreensão da doença para além do invólucro da aparência, mas, interpretando a dinâmica real das demandas que envolvem o cotidiano. Além disso, as referidas ações, com base no Código de Ética do Serviço Social, contribuem para a democratização do acesso as informações institucionais permitindo à transparência da gestão dos serviços e, o controle social. Portanto, através dessa vertente de trabalho, o profissional tem a capacidade técnica de viabilizar o acesso da comunidade a Política de Saúde e demais direitos sociais.

Outra constatação, desse eixo foi sobre os tipos de procedimentos (gráfico 22). Sobre isso, as atividades educativas/orientação em grupo se destacaram (89%) dentre os procedimentos do trabalho do assistente social na APS em Sergipe. A Política Nacional de Atenção Básica a Saúde (2017) afirma às atividades educativas como atribuição dos profissionais que atuam nessa política. Essas atividades têm como foco o cenário da realidade cotidiana, pois é a partir das vivências do dia a dia, que surgem as problematizações, as quais podem ser trabalhadas de forma lúdica e educativa, visando estimular o diálogo com a comunidade em geral, com profissionais e usuários da saúde como medida de encontrar soluções para o enfrentamento dos problemas por toda a sociedade.

Gráfico 22: Tipo de Procedimentos de Trabalho do Assistente Social na APS em Sergipe (2015-2019)



Fonte: MS/DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: abr. 2020.

Conforme as diretrizes do NASF (2009) as atividades educativas e orientações em grupos podem ser desenvolvidas no trabalho do assistente social, por meio de oficinas com a finalidade de tratar, através da educação, sobre temas relacionados ao processo de saúde-doença. Para tanto, esse profissional, a partir das demandas da atenção básica, analisa, por exemplo, as questões mais recorrentes na comunidade para abordar durante o trabalho.

Portanto, os benefícios das atividades educativas no âmbito do SUS, encontram-se no fato de que proporcionam a comunidade de saúde repensar suas condutas, problematizar as práticas do processo de trabalho, de forma que conduzem a uma reflexão crítica da realidade, contribuindo assim, para melhorar o campo de ações da atenção básica a saúde.

4.3.1.7 Trabalho em Equipe

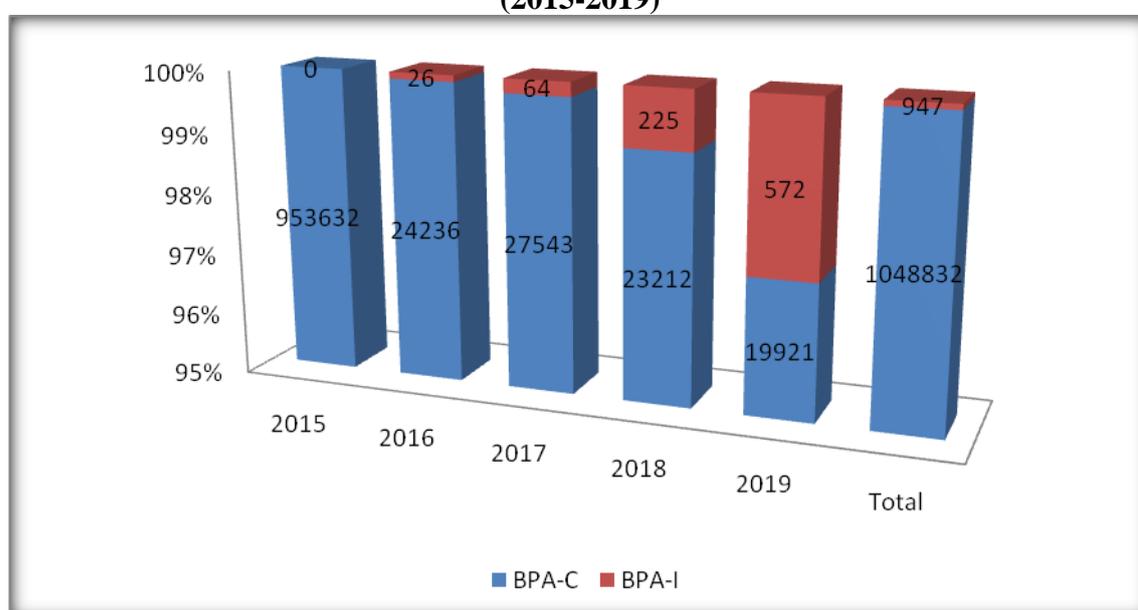
A respeito do trabalho em equipe, essa informação foi extraída no banco de dados do SIA/SUS a partir de duas variáveis: BPA-C e BPA-I. Tais variáveis comunicaram para a pesquisa sobre a atuação do assistente social na atenção básica, conforme os registros dos boletins de produção ambulatorial (BPA), os quais informaram se o trabalho ocorreu de forma conjunta ou individual.

Entre os documentos do SIA/SUS destinados aos registros da produção do trabalho na saúde, o Boletim de Produção Ambulatorial Magnético (BPA/Magnético) é o aplicativo utilizado para captar os atendimentos realizados pelos profissionais. Este aplicativo funciona em duas versões para a coleta dos dados: BPA-C e o BPA-I. Nesse sentido, o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) é responsável por registrar os atendimentos

realizados de forma conjunta, ou seja, atendimentos realizados em equipe. Já o Boletim de Produção Ambulatorial Individual (BPA-I), registra os atendimentos ambulatoriais realizados de maneira individual (BRASIL, 2008). Portanto, conforme indicou o SIA/SUS, o documento de registros de produção é denominado de Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

Assim, quanto à tipificação do trabalho do assistente social segundo BPA (gráfico 23), foi predominante o trabalho em equipe, ou seja, de atuação conjunta (1048832). Esse dado sinaliza sobre uma consideração do CFESS, que através da resolução de nº 557/2009, afirmou que: “[...] o profissional assistente social vem trabalhando em equipe multiprofissional, onde desenvolve sua atuação, conjuntamente com outros profissionais”.

Gráfico 23: Tipificação do Trabalho Assistente Social na APS em Sergipe, segundo BPA (2015-2019)



Fonte: MS/DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: abr. 2020.

Segundo sugere Iamamoto (2012) a atuação em conjunto com demais profissionais requer que haja cooperação dentro de um processo de trabalho combinado de forma que cada trabalhador saiba qual o limite de sua atuação profissional no contexto do conjunto.

[...] o assistente social é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo, organizado dentro de condições sociais dadas, cujo produto, em suas dimensões materiais e sociais, é fruto do trabalho combinado ou cooperativo, que se forja com o contributo específico das diversas especializações do trabalho. Na área da saúde, por exemplo, o assistente social participa, ao lado de vários outros profissionais – nutricionistas, enfermeiros, médicos, psicólogos etc. –, na consecução das metas previstas em um projeto de prevenção de doenças, o que não significa, entretanto, desconhecer a existência de sua contribuição técnico-profissional no resultado global do trabalho combinado. Ao contrário, é a visão da totalidade da organização do trabalho que torna possível situar a contribuição de cada especialização do trabalho no processo global (IAMAMOTO, 2012, p. 107).

O Código de Ética do Assistente Social (2012) destacou a atuação multidisciplinar ao salvaguardar a intervenção do assistente social no trabalho com outros profissionais, no caso de trabalho com metodologia de natureza interdisciplinar. Nesse sentido, sobre os deveres do assistente social na relação com outros profissionais, conforme disposto no artigo 10, alínea d e, alínea e, são compromissos do assistente social: “d - incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar; e - respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões” (CFESS, 2012, p. 32-33). Também sobre a atuação do assistente social, o artigo 16, parágrafo único, do Código de Ética do Serviço Social, estabelece que o sigilo profissional deve ser mantido em trabalho multidisciplinar e orienta que os limites para a prestação de informações, no que se refere a atuação coletiva, deve ser o de expor somente o necessário (CFESS, 2012).

A resolução do CFESS nº 557/2009, orienta também para o trabalho em conjunto sinalizando, no artigo 3º e seu parágrafo único, também no artigo 4º e seus parágrafos: § 1º, § 2º e § 3º, sobre o trabalho do assistente social em equipe multiprofissional:

Art. 3º. O assistente social deve, sempre que possível, integrar equipes multiprofissionais, bem como incentivar e estimular o trabalho interdisciplinar. Parágrafo único – Ao atuar em equipes multiprofissionais, o assistente social deverá respeitar as normas e limites legais, técnicos e normativos das outras profissões, em conformidade com o que estabelece o Código de Ética do Assistente Social, regulamentado pela Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993. Art. 4º. Ao atuar em equipes multiprofissionais, o assistente social deverá garantir a especificidade de sua área de atuação.

A referida resolução apresenta como recomendação o trabalho do assistente social em equipes multiprofissionais, sinalizando que a atuação em conjunto deve ter como premissa básica o respeito ao trabalho dos demais profissionais da equipe e o limite de suas atribuições legais. Para tanto essa norma indica que o assistente social deve deixar definido para a equipe, antes de iniciar um trabalho conjunto, a área de atuação do seu conhecimento, de forma a esclarecer sobre o objeto do seu trabalho, bem como os instrumentos de sua intervenção e as atribuições privativas estabelecidas legalmente, para a construção de uma efetiva opinião técnica. Outra orientação também sinalizada por essa resolução é que os casos concretos, que são objeto do trabalho em saúde, têm a possibilidade de serem discutidos e avaliados em equipe, contudo o produto final dessa atuação conjunta deve ser reduzido a termo e assinado (CFESS, 2009).

[...] o trabalho interdisciplinar demanda a capacidade de expor com clareza os ângulos particulares de análise e propostas de ações diante dos objetos comuns a diferentes profissões, cada uma delas buscando colaborar a partir dos conhecimentos e saberes desenvolvidos e acumulados pelas suas áreas (RAICHELLIS, 2009, p. 15).

Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010) defendem a perspectiva da interdisciplinaridade como referência para a atuação na equipe com a qual atua o profissional do Serviço Social na saúde e, orienta que este reforce a observância dos princípios do Projeto Ético-Político da Profissão, considerando assim, as determinações previstas no Código de Ética do Serviço Social, na Lei que regulamenta a profissão (Lei 8.662/93) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, a fim de não perder o foco de suas competências e atribuições ao atuar conjuntamente com outros trabalhadores.

No trabalho multidisciplinar os saberes distintos de cada profissional e suas diversificadas competências de trabalho dialogam e debatem sobre um determinado caso concreto, com o intuito de que todos da equipe se informem e construam soluções que resolvam a questão proposta. Para tanto, trabalhar numa perspectiva multidisciplinar requer que os profissionais envolvidos exponham com clareza suas interpretações sobre as demandas e seus conhecimentos, buscando assim o melhor caminho para uma efetiva comunicação entre o grupo, de modo a alcançar um entendimento que seja comum a todos, em que cada profissional comunique seus conhecimentos, buscando também entender as análises realizadas pelos demais colegas de trabalho. O trabalho multidisciplinar também envolve a perspectiva de um movimento dialético quando o objeto da demanda é desconstruído e esmiuçado pela investigação da equipe para, a partir disso, confrontarem o objeto e, reunirem os saberes em torno da construção de uma resposta à demanda analisada.

A atenção básica acolhe as diretrizes da Política Nacional de Humanização e “[...] aposta que é possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e com usuários para produzir graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade” (BRASIL, 2009, p. 8).

O trabalho na política de atenção básica ao tomar por base a proposta do Humaniza/SUS, vivencia a interdisciplinaridade como um processo de construção coletiva do conhecimento com base nas experiências da realidade, principalmente no que se refere à diretriz da clínica ampliada que pressupõe o trabalho interdisciplinar da equipe, bem como a abrangência da população que passa a ser acolhida nas ações de saúde a partir do engajamento entre profissionais, usuários e comunidade. Essa é uma das possibilidades da interdisciplinaridade no trabalho em saúde, que estimula a troca de saberes para potencializar a qualificação do conhecimento dos sujeitos envolvidos, a partir das vivências do cotidiano, de modo que todos se tornem responsáveis e comprometidos com a totalidade do processo de educação e atualização permanente.

A PNAB (2017) também reconhece o trabalho multiprofissional do assistente social no NASF-AB, indicando que a interdisciplinaridade que caracteriza as equipes das quais o Serviço Social atua, se utiliza de uma metodologia chamada de apoio matricial, a qual organiza o trabalho em equipe multidisciplinar. “À constituição de rede de especialistas que apóiam o trabalho de equipes de atenção básica damos o nome de Apoio Matricial, que possui duas dimensões: suporte assistencial e suporte técnico-pedagógico” (BRASIL, 2009, p. 28). Essa perspectiva melhorou o trabalho na atenção básica no que se refere à resolubilidade das demandas, pois possibilitou a integração e comunicação de profissionais de diferentes áreas sendo que um especialista, de referência em uma determinada área do conhecimento, pode ser requisitado e se deslocar para apoiar outras equipes da atenção primária na resolução das demandas de trabalho em grupo.

Outro dado constatado, no eixo do trabalho em equipe, foi sobre os tipos de equipe que os assistentes sociais trabalharam em 2019, na Atenção Básica em Saúde em Sergipe, segundo municípios (tabela 2). Verificou-se assim, que em Aracaju predominam as equipes: EPEN - Equipe de At. Saúde Sist. Penitenciário; ESFSB_M.1 – Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal - M 1; EACS - Equipe de Agentes Comunitários de Saúde; ESF - Equipe de Saúde da Família e; ECR_M.3 - Equipe dos Consultórios na Rua Modalidade 3.

Já em relação às cidades do interior, a tabela 2 apontou que a atuação do assistente social acontece predominantemente através do NASFs - Núcleo de Apoio a Saúde da Família, com suas variações entre as modalidades: NASF-1, NASF-2 e NASF-3, conforme foi indicado a seguir.

Tabela 2: Tipo de Equipe que os Assistentes Sociais trabalharam na Atenção Básica a Saúde no estado de Sergipe segundo Municípios, em 2019.

Município	Tipo de Equipe que os Assistentes Sociais trabalham na APS
AMPARO DE SÃO FRANCISCO	NASF3
AQUIDABÃ	NASF1
ARACAJU	EPEN; ESFSB_M.1; EACS; ESF; ECR_M.III
ARAUÁ	NASF1
BARRA DOS COQUEIROS	NASF2
BOQUIM	NASF1
CAMPO DO BRITO	NASF2
CANHOBA	NASF3
CANINDÉ DE SÃO FRANCISCO	NASF1

CAPELA	NASF1
CEDRO DE SÃO JOÃO	NASF1 NASF2
CRISTINÁPOLIS	NASF1
FREI PAULO	NASF1
GARARU	NASF2
GRACHO CARDOSO	NASF3
ILHA DAS FLORES	NASF2
ITABAIANA	NASF1
ITABAIANINHA	NASF1
JAPARATUBA	NASF1
LAGARTO	NASF1
LARANJEIRAS	NASF1
MALHADA DOS BOIS	NASF3
MALHADOR	NASF2
MARUIM	NASF1
MOITA BONITA	NASF2
MURIBECA	NASF2
NOSSA SENHORA APARECIDA	NASF2
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	NASF1
NOSSA SENHORA DAS DORES	NASF1
NOSSA SENHORA DE LOURDES	NASF3
NOSSA SENHORA DO SOCORRO	NASF1
PACATUBA	NASF1
PEDRA MOLE	NASF3
PEDRINHAS	NASF2
PINHÃO	NASF3
PIRAMBU	NASF2
POÇO REDONDO	NASF1
POÇO VERDE	NASF1
PROPRÍÁ	NASF1
RIACHÃO DO DANTAS	NASF1
RIACHUELO	NASF2
RIBEIRÓPOLIS	NASF1
ROSÁRIO DO CATETE	NASF2
SALGADO	NASF2
SÃO CRISTÓVÃO	NASF1
SÃO FRANCISCO	NASF3
SÃO MIGUEL DO ALEIXO	NASF3
SIMÃO DIAS	NASF1
SIRIRI	NASF2
TELHA	NASF3
TOBIAS BARRETO	NASF2
TOMAR DO GERU	NASF1
UMBAÚBA	NASF1

Fonte: MS/DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Acesso em: jan. 2020.

Diante dos dados apontados pela tabela 2 e a guisa de conclusão, é importante considerar que o trabalho do assistente social nas equipes da atenção primária a saúde (APS) no estado de Sergipe, não ocorreu de forma regular e padronizada, pois ficou a critério de cada município complementar as equipes mínimas com esse profissional. Inicialmente o trabalho do assistente social na atenção primária a saúde, não estava previsto legalmente pela

Portaria GM nº 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, para compor as equipes mínimas para o trabalho no Programa Saúde da Família.

No PSF o atendimento de saúde é prestado na unidade básica ou no domicílio pela equipe básica, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e que, quando ampliada, conta ainda com dentista. O Ministério de Saúde deixa claro que outros profissionais podem ser incorporados às unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, porém o financiamento do programa diz respeito somente à equipe básica, ficando a cargo dos Municípios o custeio desses outros profissionais. Enfatiza um trabalho em equipe, mas a lógica de atendimento continua centrada no profissional médico, comprometendo a interdisciplinaridade (HOFFMANN, 2007, p. 38).

As equipes mínimas eram compostas por: médicos, agentes comunitários, enfermeiros e técnicos de enfermagem, porém, o trabalho do assistente social não estava previsto pela PNAB para compor esse núcleo restrito de profissionais, de modo que este podia ser inserido, conforme a necessidade de cada território de saúde e encargo financeiro do município, em uma categoria definida pela PNAB como: outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Sobre isso explicam Martini e Dal Prá (2018, p. 124),

Os profissionais de Serviço Social, apesar da forte tradição e legitimidade na área da saúde, tiveram atuações no âmbito municipal e na APS muito restritas. A inserção profissional na APS ocorreu de forma heterogênea no território nacional, principalmente após a criação da ESF, com iniciativas isoladas de inserção nas equipes mínimas. Isso se deu principalmente pelo fato de o assistente social não compor a equipe da ESF e por estar a cargo de cada município a complementação das equipes com outras categoriais profissionais. Mais recentemente, com a criação e regulamentação do NASF, a inserção dos assistentes sociais foi ampliada, mas não sem grandes discussões entre a categoria profissional, que sempre defendeu o profissional como equipe mínima da ESF.

A regulamentação do NASF no ano de 2008 levou ao amadurecimento e a ampliação da perspectiva de inserção de outros profissionais nas equipes de saúde, dentre os quais se encontra o assistente social (CARVALHO et al., 2016). Esse fato resultou no aumento do número de profissionais do Serviço Social atuando na atenção básica em saúde no país. Também aumentou o entendimento da necessidade do trabalhado da área social atuando na atenção básica a saúde.

A atenção primária a saúde envolve o NASF, por este ser uma estratégia de integração de trabalhadores de diferentes especialidades que formam uma equipe que busca desenvolver ações comprometidas em prevenir e promover a saúde de toda população no espaço territorial coberto pela UBS. Assim, há o fortalecimento dos “processos de regionalização cooperativa e solidária, na perspectiva da ampliação do acesso com equidade” (BRASIL, 2010, p. 15) o que

resulta na ampliação e qualificação da atenção em saúde, já que o NASF possibilitou uma maior abrangência as Estratégias de Saúde da Família a medida “os profissionais de saúde da ESF têm apoio e suporte de outros profissionais especializados” (LACERDA; MORETTI-PIRES, 2018, p. 48).

Os serviços na atenção primária se estruturam na linha de organização assistencial, ou seja, são serviços não especializados que se voltam para cuidar da saúde da população e encontram-se alinhados a proposta prevista na PNAB para o fortalecimento da atenção primária em saúde no país. Entretanto, afirmam Tesser e Neto (2017, p. 941) que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família assumem na atenção primária,

[...] um formato de serviços especializados [...], cuja atuação matricial adaptada é um protótipo ótimo de organização do cuidado especializado ambulatorial. Ela permite a equidade no acesso e a máxima proximidade do cuidado especializado da realidade dos usuários, o relacionamento personalizado e a articulação íntima entre as equipes de saúde da família e os especialistas, viabilizando educação permanente mútua, regulação negociada e aumento da resolubilidade da atenção básica.

Os referidos núcleos desempenham o papel de prestar cuidados especializados dentro da Política de Atenção Básica em Saúde, porque constituem-se como um modo de organização da saúde de nível primário que foi estruturado tendo como objetivo qualificar as Estratégias de Saúde da Família. As ações do Serviço Social nesses núcleos, compõem uma equipe interdisciplinar e prestam apoio as equipes mínimas de saúde da família.

No ano de 2017, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria de nº 2436, determinou o trabalho do assistente social na atenção básica em saúde nos NASF-AB para apoiar as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas compõe também as equipes-AB nas estratégias de saúde do município, conforme a necessidade do território de saúde.

Portanto, com base na PNAB, o assistente social encontra-se inserido, dentre os profissionais que compõe as equipes de serviços interdisciplinares de saúde.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente (BRASIL, 2017).

Na Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui-se como a entrada, o acesso inicial, na qual os usuários têm alcançam aos serviços de

saúde de nível primário. O NASF não é a porta de entrada do SUS, mas tem a finalidade de apoiar a ESF, ampliando “a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil” (BRASIL, 2009, p. 7). Esses critérios são importantes, pois caracterizam o atendimento que é prestado no âmbito da atenção básica, ou seja, um atendimento que considera a realidade do território, da região de saúde e a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença da comunidade.

A estruturação do processo de trabalho do NASF-AB tem como um dos seus fundamentos a multiprofissionalidade, pois a atuação nesse âmbito ocorre em equipes formadas por diferentes especialidades profissionais, as quais atuam conjuntamente com as equipes de saúde da família nos territórios de saúde. O NASF envolve equipes que prestam apoio especializado cujo trabalho se organiza conforme as seguintes diretrizes de atuação: “ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização” (BRASIL, 2009, p. 7).

Tendo como foco o espaço territorial da comunidade, a prestação dos serviços, a atuação através do NASF-AB ocorre de modo compartilhado com os demais profissionais, sendo que os atendimentos realizados são analisados e debatidos pelos integrantes da equipe de saúde e, a partir do diálogo e partilha de conhecimentos, são pensadas as possibilidades de intervenção as demandas, considerando não só o indivíduo, mas também a família e toda a comunidade no qual o indivíduo se insere.

O NASF-AB possibilita a prestação do serviço da atenção básica em saúde, através da organização do seu processo de trabalho nos seguintes pilares: “Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio” (BRASIL, 2009, p. 8). Dentre estes, o apoio matricial ocorre através da estruturação de equipes contendo diversificados profissionais, os quais formam a base matricial que é responsável pela ampliação da rede de cuidados, incluindo na atenção primária a saúde serviços mais especializados e voltados para a realidade dos usuários, fato que exige o diálogo dos diferentes saberes profissionais por meio da interdisciplinaridade, da educação permanente e no engajamento para execução de ações de promoção e prevenção de saúde.

Também a institucionalização do PMAQ, contribuiu para qualificar a atuação do assistente social na atenção básica, na medida em que, para equiparar o nível de atenção primária à saúde prestada em todo país, esse programa avalia as equipes de saúde atribuindo conceitos para as equipes de cada unidade básica de saúde, em cada município e estas

recebem notas que são comparadas, sendo emitido às equipes uma certificação notificando o desempenho. E, além disso, reforça o trabalho da atenção primária a saúde, por meio do eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que a partir de cinco dimensões que organizam a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil, que são: “Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; Apoio Institucional e Cooperação Horizontal” (BRASIL, 2015, p. 24). Essas dimensões dizem respeito à organização do processo de trabalho das equipes e estão entre os objetivos desse programa, sendo dessa forma, um compromisso para o progresso da atenção básica e um estímulo a melhoria dos serviços prestados pelas equipes. Nesse contexto, os assistentes sociais também têm sido chamados para desempenhar a juntamente com a equipe de saúde, as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) que são contrárias aos princípios da medicina tradicional e consideram a realidade e a influência dos determinantes sociais (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Portanto, o trabalho do assistente social inserido na Política de Atenção Básica em Saúde, integra-se ao trabalho em equipe que compõem as estratégias saúde da família (ESF) e o NASF-AB, na busca de fortalecer os serviços da rede de cuidados ofertados pelo SUS. Esse trabalho é de natureza interdisciplinar, integrado a perspectiva do atendimento humanizado, com o propósito de qualificar o enfrentamento das expressões da questão social a partir do desenvolvimento de ações que possibilitam o acesso da população a política de saúde e aos direitos sociais. E como foi possível constatar, esse processo de trabalho é registrado pelos sistemas de informação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa pesquisa foram significativos os fundamentos sócio-históricos que caracterizam a trajetória da política de saúde no Brasil e, os sistemas de informação em saúde como recursos primordiais da gestão do trabalho, das ações e dos serviços do SUS, em especial para o nível da atenção básica, que é o pilar do Sistema Único de Saúde no país. Assim, através da comunicação destes elementos, este estudo buscou entender como trabalho do assistente social na atenção primária a saúde estava sendo caracterizado pelos principais sistemas de informação da área de interesse da pesquisa.

Nesse percurso, no capítulo 1 chamou atenção, o surgimento da política social que foi gestada no desenvolvimento do sistema capitalista, como medida de enfrentamento das desigualdades ocasionadas pelo mesmo. Também a ampliação do conceito de saúde, divulgada pela Organização Mundial da Saúde que representou um importante passo na construção de um novo entendimento, pois passou-se a considerar a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença que se tornou alvo de reflexão no mundo inteiro. E no Brasil essa ampliação, implicou na necessidade de composição de um sistema nacional de saúde, trazendo como consequência, a necessidade de desenvolvimento econômico e social do país.

No capítulo 2, chamaram atenção os fatos históricos ligados às manifestações da classe trabalhadora e da população por direitos fundamentais, dentre os quais a saúde revelou-se como principal motivação para a organização da sociedade em movimentos comunitários de luta em favor da reforma sanitária. Relevante também foi à ocorrência da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, considerada um marco histórico ideológico na história da saúde pública brasileira, pois foi o momento em que foram apresentadas as idéias, posteriormente aprovadas pela Assembléia Nacional Constituinte e inseridas no texto legal da Constituição Cidadã. Nessa trajetória, outro destaque foi o fato da Constituição Federal de 1988 ter reconhecido a saúde como um compromisso do Estado a ser garantido mediante políticas sociais a todos os brasileiros. Além do mais, destacou-se a Lei 8080/90 na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

No campo da política de saúde, também merece visibilidade que a Carta Magna trouxe mudanças no tocante a descentralização do SUS, cujo foco passou a ser a municipalização, porém em decorrência da entrada do neoliberalismo no Brasil, que defende o projeto privatista, a universalização dos direitos socialmente conquistados, dentre os quais o direito a saúde, vêm sofrendo os impactos que se traduzem em desmontes e precarização, uma vez que

o projeto neoliberal impactou diretamente as políticas sociais, provocando uma retração do Estado, o qual passou a transferir suas responsabilidades para a iniciativa privada e a lucrar com o sucateamento das políticas públicas. Nesse contexto tais políticas ficaram cada vez mais focalistas, passando a selecionar para acesso aos direitos, àqueles cidadãos cujo perfil atende ao critério de extrema pobreza, fato que vai à contramão das garantias constitucionais de viabilizar os direitos de cidadania. Esse processo de precarização atinge também a política de saúde em todo território nacional.

No capítulo 3, foram notáveis os passos em favor da consolidação do SUS, sendo que a municipalização e a descentralização contribuíram de modo essencial para alicerçar a Política Nacional de Atenção Básica a Saúde. Além disso, a organização do nível primário dessa rede de atenção, expressamente através do Programa Saúde da Família (PSF), depois, com as Estratégias Saúde da Família (ESF). Nesse capítulo foi importante também, os recursos dos sistemas de informação no processo de trabalho da atenção primária, que tem como finalidade o planejamento, financiamento, organização, avaliação e controle das ações e serviços de saúde no país. Em razão disso, o SISAB e o SIA/SUS, foram os bancos de dados utilizados nesse estudo, porque estes possuem registros sobre o trabalho do assistente social na área.

No SIA/SUS ficou evidente que este encontra-se localizado na plataforma do DATASUS, a qual disponibiliza para captação dos dados um programa de tabulação de registros denominado TABNET. Porém o SIA/SUS é abrangente, pois atua nos três níveis de saúde do Brasil (atenção básica, média e alta complexidade) e por isso, este estudo buscou outro banco de dados, cuja atuação fosse delimitada e especificamente voltada para a atenção primária em saúde: o SISAB.

No que tange ao SISAB foi importante compreender que este sistema de informação fica localizado em uma plataforma chamada de E-Gestor/Atenção Básica, que é um espaço digital que abriga outros sistemas de informações desenvolvidos para esse mesmo nível de saúde, sendo o SISAB um sistema relevante por ser uma referência nos processos de trabalho da Atenção Básica, desenvolvido de modo a gerir as informações dessa área. O SISAB faz parte de uma estratégia do Departamento da Atenção Básica, a qual está denominada como e-SUS/Atenção Básica e, visa recuperar o nível primário de saúde no Brasil.

Outro fato fundamental dos sistemas de informação, dentre os quais encontram-se o SISAB e o SIA/SUS, foi que estes estão relacionados as Estratégias de Saúde Digital para o Brasil (ESD) e correspondem a uma proposta do Ministério da Saúde de transição do SUS

atual, para a transformação em um SUS digital, através do desenvolvimento das tecnologias para organizar, gerir e melhorar os processos de trabalho e serviços para a população. Através do e-SUS/AB, o Ministério da Saúde ampliou a implantação da proposta do SUS eletrônico, que alia a informatização com os processos de trabalho na saúde, como forma de organizar os serviços prestados para qualificar e fortalecer a rede de cuidados.

Desse modo, uma questão preocupante na análise, foi quanto à finalidade do SISAB e do SIA/SUS na atenção básica, para que estes não se reduzam a lógica neoliberal e financeira do capital, visando apenas o monitoramento dos registros dos procedimentos do trabalho na saúde, como forma de gerenciar a redução de gastos com essa política. Mas que os referidos sistemas possam ser utilizados em todo o seu potencial, que está muito além do fornecimento de dados para o acompanhamento dos gastos sobre os atendimentos dos profissionais. Essa preocupação reside no fato constatado na literatura sobre muitos profissionais da atenção básica em saúde que, por não entenderem a finalidade dos sistemas de informação, encaram a obrigatoriedade em prestar essas informações, nos bancos de dados do SISAB e do SIA/SUS, como uma medida burocrática, somente para um balanço financeiro de gestão. Na literatura evidenciou-se também que muitos trabalhadores da atenção primária têm dificuldades para operar os sistemas de informação e isso reforçou a preocupação desse estudo com a necessidade de compreensão por parte dos trabalhadores, sobre a utilização dos recursos dos referidos sistemas em seus processos de trabalho, de modo que possam se reconhecer como responsáveis pela produção de dados e se identificar como parte integrante na construção dos dados divulgados.

Faz-se necessário considerar que os dados computados pelos sistemas de informação em saúde, configuram-se como fontes oficiais do Governo brasileiro e tem o potencial maior de caracterizar o trabalho na atenção primária a saúde nos diferentes territórios do país, de modo que é importante que as informações cadastradas, sejam devolvidas aos profissionais com a finalidade de qualificar a atuação das equipes, com a contextualização sobre os registros produzidos, a fim de não se reduzirem a uma mera prestação de contas por parte dos trabalhadores da saúde. Nesse sentido foi apontado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que tendo o objetivo de monitorar, avaliar e incentivar a qualidade do processo de trabalho associou-se ao SISAB, o principal sistema de informação em saúde da atenção básica no país.

Compreendeu-se que este foi o campo em que o trabalho do Serviço Social na saúde se desenvolveu e por isso, a relevância deste estudo reside também na compreensão de que a

trajetória da política de saúde compõe o terreno no qual a profissão adquire maturidade para concretizar as perspectivas que integram o Projeto Ético Político do Serviço Social.

No que se refere aos resultados, a pesquisa sobre o trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe, no período de 2015 a 2019, indicou dentre os principais, que Aracaju foi à região de saúde que apresentou um maior quantitativo de assistentes sociais trabalhando na APS em Sergipe, pois nas regiões mais interioranas do estado, o número desse profissional em atuação foi menor. Quanto aos tipos das equipes, o trabalho do assistente social foi predominante nas Equipes de Saúde da Família (ESF) na região de Aracaju e, nas regiões do interior a vinculação desse profissional foi junto ao NASF. E em relação à natureza jurídica, a esfera da administração pública apresentou a maior absorção do trabalho do assistente social, de modo que a inserção deste foi prevacente no âmbito municipal.

Outro dado que chamou atenção na pesquisa, foi quanto à forma de organização do trabalho, cujo resultado predominante foi à educação em saúde. O fato dessa perspectiva ter sido apontada como uma expressão relevante na análise dos dados, condiz com a construção histórica da Política de Saúde no Brasil, em que a atuação do Movimento da Reforma Sanitária assumiu uma postura de luta em defesa da perspectiva ampliada do conceito de saúde, para além da lógica centrada apenas na cura de doenças e começou-se a entender sobre influência das expressões da questão social na área da saúde, bem como sobre a importância do profissional do Serviço Social. Dessa forma, obteve-se através dos resultados a compreensão de que o exercício profissional do assistente social na política de atenção primária dialoga ao máximo com a educação em saúde para o enfrentamento das demandas.

Do mesmo modo, ainda foram expressivos nesse estudo, os dados referentes ao local de trabalho do assistente social na APS, sendo predominante o espaço da Unidade Básica de Saúde. Também sobre os procedimentos, com as ações de promoção e prevenção em saúde caracterizando a atuação do profissional no período analisado. E sobre o tipo de procedimentos mais utilizados no trabalho, foram às atividades educativas as mais constantes.

Outrossim, foi possível constatar por meio dos resultados, que nas atividades educativas o assistente social assume um papel de mediador entre a comunidade de saúde, o conhecimento que é partilhado e a reflexão transformadora que rompe com a alienação e liberta das amarras do sistema capitalista, tendo em vista que através do contato direto com o usuário, este profissional tem a competência para propiciar oportunidades dos sujeitos refletirem sobre os processos sociais que os adoecem, objetivando a emancipação dos mesmos mediante a construção de novos conhecimentos para interpretar e intervir na realidade.

Em relação a esses aspectos foi fundamental considerar que o assistente social atua como agente fomentador de transformações sociais a partir das ações de promoção e prevenção em saúde, uma vez que estas se alinham ao direcionamento sócio-educativo, na perspectiva de desenvolver ações de trabalho que capacitem os sujeitos para analisar, criticar e propor alternativas viabilizadoras do alcance da autonomia social, de modo que possam se apropriar de uma postura de co-responsabilidade e cooperação na multiplicação de saúde para a comunidade.

Destacou-se ainda, dentre os resultados dessa análise, o trabalho do assistente social em equipe. E nesse sentido constatou-se também, através da revisão de literatura que o trabalho interdisciplinar e multiprofissional é uma diretriz da atenção básica defendida pelo NASF-AB, pela Política Nacional de Atenção Básica, pela Política Nacional de Humanização e pelas Redes de Atenção a Saúde (RAS). Esse dado obtido considera que o assistente social possui uma formação acadêmica generalista que o possibilita dialogar com outras áreas, viabilizando também a intersetorialidade na comunicação com outros setores, serviços e políticas. Nessa perspectiva o trabalho do assistente social em equipe contribui para ampliação da compreensão dos problemas em saúde, na medida em que há um diálogo entre áreas de saberes distintos. Contudo foi possível refletir, juntamente com revisão de literatura, que há um desafio nesse critério para a atuação o Serviço Social na atenção básica em saúde, pois, o exercício profissional deste, junto à equipe multidisciplinar, faz com que o assistente social, por ter uma formação generalista, atue em seu contexto de trabalho com outras formações de natureza específica da saúde, como por exemplo: nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiro, fisioterapeutas, fonoaudiólogos. E desse modo, há um alerta a ser feito quanto à atuação do assistente social, já que este passa a trabalhar tanto com o público dos usuários, como com o público dos profissionais da equipe, em razão da competência do profissional para dialogar com as demais áreas que compõe a APS. Assim, é importante alertar para que o assistente social não se torne uma espécie de funcionário curinga, ou seja, polivalente ou versátil e, nesse aspecto, que não seja sobrecarregado, no contexto do trabalho em equipe em na atenção básica a saúde.

Ante o exposto, faz-se importante considerar que dentre os princípios assegurados pela CF/88, para organização do Sistema Único de Saúde, o princípio da universalidade do acesso ainda está distante de ser efetivado na integralidade, pois verificou-se, em termos de cobertura populacional em Sergipe, que nas regiões de maiores concentrações de habitantes, a cobertura da atenção básica a saúde ainda é pequena, e isso reflete como consequência, o fato de nem

todas as pessoas da população terem contato com esse direito. Outro princípio assegurado constitucionalmente, mas distante da efetivação é o da descentralização e regionalização, os quais os sistemas de informação em saúde vêm contribuindo significativamente para concretizá-los, mas uma barreira apontada nos resultados desse estudo vem sendo a questão da estrutura dos serviços prestados na rede de atenção primária que se concentra nas regiões urbanas, de modo que o quantitativo das equipes AB ainda é pequeno nas regiões mais interioranas do estado. Esse fato apresenta implicações também quanto a outro princípio da organização da Política de Saúde no país, que se refere à participação popular, uma vez que esse direito fica comprometido. Nas concepções do Serviço Social que tem como diretriz o Código de Ética da profissão, o princípio da participação da população também se encontra previsto junto às políticas sociais. Na política de saúde, a participação popular é um exercício de cidadania essencial para o controle social. E no trabalho dos assistentes sociais é estimulada, como forma dos cidadãos fiscalizarem os recursos, intervirem na prestação de serviços, na gestão e na tomada de decisões em defesa dos interesses sociedade.

O trabalho do assistente social é composto por importantes dimensões que constituem o modo de ser da profissão, quais sejam: a dimensão teórico-metodológica, a dimensão ético-política e a dimensão técnico-operativa. Essas dimensões do fazer profissional são enfatizadas, pelas diretrizes curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), devido à importância de estarem articuladas a formação e por se expressarem no processo de trabalho através das demandas que se apresentam no cotidiano. Com base nisso, para analisar sobre o exercício do profissional do Serviço Social na atenção básica a saúde foi importante considerar que este se insere numa realidade dinâmica da vida em sociedade que envolve determinações históricas tanto no que se refere à estrutura, tanto no que diz respeito à conjuntura, num processo de produção e reprodução do sistema capitalista. Nesse sentido a construção do modo de ser da profissão é permeada pelas referidas dimensões que caracterizam o processo de trabalho no cotidiano, o que implica na consideração da diversidade e da complexidade das determinações que são inerentes a realidade com a qual trabalha o assistente social na APS.

Ademais, foi possível constatar como a influência do neoliberalismo repercutiu no trabalho do assistente social na atenção básica em saúde em Sergipe, quando foi identificada na pesquisa, que o assistente social apesar de ser um profissional de fundamental importância na política de saúde, é pouco absorvido no nível da atenção básica, estando concentrados nas áreas de média e alta complexidade. O potencial do profissional com a competência de

formação na área do Serviço Social, inserido na Política de Saúde, tem a habilidade de democratizar o acesso dos usuários a essa política, viabilizando a população alcançar os seus direitos, entretanto, isso não interessa ao sistema capitalista que, comprometido com o projeto do neoliberalismo, tem a intenção de intensificar os desmontes no sistema de saúde desde o nível da atenção básica, abrindo espaço para a privatização e mercantilização e fortalecendo a lógica do crescimento da racionalidade privada.

Também na perspectiva dos impactos do neoliberalismo na atuação do assistente social na APS em Sergipe, teve expressão predominante nos resultados dessa pesquisa, a atuação desse profissional junto ao ente público municipal. E uma pequena expressão, que merece destaque, da existência desse trabalho na esfera do terceiro setor, conforme constatação dos registros nos bancos de dados, que informaram sobre este espaço sócio-ocupacional no estado, fato que desperta o alerta para uma tendência que vem sendo anunciada na literatura e se refere aos desmontes e a precarização da Política de Saúde executada pelo projeto neoliberal desde o nível primário de atenção a saúde.

Foi possível constatar ainda os impactos neoliberais quanto ao tipo de equipe, na presença predominante de assistentes sociais no NASF concentrados nas regiões do interior do estado de Sergipe. Considerando que o NASF é uma ferramenta criada para dar suporte as Equipes de Saúde da Família, essa tendência aponta para a existência de fragilidades na atenção primária, uma vez que precisa contar com o apoio dos referidos núcleos. Inclusive o NASF não é a prioridade da PNAB, mas um recurso auxiliar dessa política, de modo que a inserção do trabalho do assistente social ocorre, portanto, de forma secundária, segundo as necessidades de cada território de saúde do município, pois o profissional não está previsto na PNAB para compor as equipes mínimas da atenção básica. Paralelamente a esse assunto é importante refletir, que a presença do assistente social no contexto da APS ainda é pouco compreendida no trabalho em equipe e, embora existam resoluções do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) que reconheçam a profissão como vinculada à área, essa falta de compreensão também foi apontada pela literatura específica.

A impressão obtida por meio da construção deste estudo, que contribuiu para a caracterização do Serviço Social na atenção básica em saúde, foi que historicamente o assistente social consolidou sua atuação na área da saúde com o desenvolvimento de ações educativas que permitiram a relação entre saúde e sociedade, trabalhando com ações capazes de mediar a relação entre paciente e política de saúde, levando o conhecimento e encaminhando os usuários à efetivação de seus direitos, a serviços e benefícios, além da

conscientização para a responsabilidade do paciente sobre os cuidados e atenção à prevenção de doenças. A presença da profissão do Serviço Social nessa referida área de atuação, se consolidou como relevante no processo de viabilização da comunicação entre os usuários e os estabelecimentos de saúde, indicando os caminhos para efetivação dos direitos dos usuários.

Portanto, o trabalho do assistente social enfrenta os rebatimentos do neoliberalismo nessa política ao vivenciar a precarização das condições de trabalho no SUS. Associada a essa realidade, o assistente social também vivencia o contexto da inserção dos sistemas de informação na saúde que são utilizados pelos profissionais para o cadastramento de dados sobre o processo de trabalho realizado cotidianamente, sendo importantes ferramentas de gestão, responsáveis pela administração e monitoramento dos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde.

Como contribuição, essa pesquisa deu visibilidade a produção de dados, sobre o trabalho do assistente social na APS, pelos sistemas de informação em saúde, em especial aos bancos de registros do SIA/SUS e do SISAB. Nesse aspecto, é essencial especificar para além dos dados disponibilizados e que possibilitaram a realização desse estudo, que o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) contribuiu no sentido de apontar as categorias de análise dessa pesquisa: Complexidade; Regiões de Saúde; Natureza Jurídica; Forma de Organização; Atendimentos aos Usuários; Procedimentos e; Trabalho em Equipe. Já o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), contribuiu para o detalhamento das informações obtidas no banco anterior, consolidando o amadurecimento da pesquisa.

A análise de registros oficiais da área do Serviço Social e foi importante para conhecer sobre as potencialidades e limites da articulação teórica de tais categorias, visto que uma pesquisa empírica de elaboração de dados primários (como por exemplo, de entrevista semi-estruturada ou de elaboração quantitativa) muito provavelmente não alcançaria os objetivos que foram cumpridos no tempo desse estudo, tendo em vista a amplitude e a complexidade das variáveis.

Nesse sentido é importante enfatizar que o aparelho estatal do Sistema Único de Saúde vem produzindo dados sobre a saúde em bancos públicos do Governo brasileiro, que tem sido alvo de interesse de pesquisas relevantes, com estudos para elaboração, criação e transmissão de conhecimentos, construídos a partir dos levantamentos e das publicações dos cadastros desses referidos sistemas informatizados da gestão pública. Essa perspectiva no SUS vem sendo aprimorada ao longo dos anos, de modo que os estudos realizados com base nesses

registros precisam vincular-se a um arsenal de base teórica, capaz de estabelecer uma conexão eficaz entre as interpretações dos mesmos com a realidade.

Sobre a limitação que esse estudo apresentou, convém sinalizar para o fato da ocorrência, na base do SIA/SUS de dados que foram inseridos retroativamente, o que ocasionou a constatação de um grande quantitativo de registros identificados nos resultados referentes ao ano de 2015. Em relação à limitação da base do SISAB uma dificuldade encontrada foi à lentidão do sistema operacional para responder a tabulação das variáveis, fato que representou um desafio durante a fase de coleta de dados. Outra limitação desse estudo, constatada na obtenção dos resultados, foi que o SIA/SUS apresentou categorias amplas para análise, assim, o banco do SISAB contribuiu para o detalhamento das mesmas. Nesse sentido uma consideração importante a fazer é que a utilização do SISAB teve para essa pesquisa o sentido de especificar o conteúdo das categorias obtidas sobre o tema, no SIA/SUS. Desse modo essa investigação não teve a intenção de comparar as informações obtidas sobre o tema, entre os dois bancos de dados, pois o foco foi o de compor a análise do objeto pesquisado.

Quanto às possibilidades, essa pesquisa permite fomentar outros estudos, da área das Ciências Humanas e Ciências Sociais Aplicadas (como por exemplo: Serviço Social, Direito, Economia) contribuindo para que haja uma democratização de pesquisas interdisciplinares com relação a estes dados, uma vez que se compreende que os trabalhos desenvolvidos nesse âmbito dos Sistemas de Informação em Saúde, ao serem realizadas somente à luz das Ciências da Saúde, certamente, limita o campo de atuação e inclusive o próprio direito fundamental à saúde (previsto pela CF/88) que foi conquistado historicamente conforme demonstrado.

Outra possibilidade refletida a partir desse estudo é a inserção de profissionais com formação educacional na área dos Sistemas e Tecnologia da Informação para atuar nos estabelecimentos da atenção primária a saúde (APS) junto à operacionalização desses sistemas. Essa constatação deve-se ao fato de que a literatura apontou sobre a dificuldade que os profissionais das equipes de Saúde da Família encontraram para manejar as referidas tecnologias. Além disso, este estudo apontou também como possibilidade, ampliar o foco dos profissionais para a necessidade de desenvolver uma cultura de registrar as informações produzidas na atenção básica à saúde. Também ampliar os investimentos em cursos de formação e aperfeiçoamento para os profissionais atuarem com os sistemas de informação em saúde, podendo estes cursos acontecer de forma online, por exemplo.

Além disso, outra possibilidade está em despertar nos usuários a cultura de avaliar os atendimentos recebidos na APS, fazendo com que o público interaja com os sistemas de

informação em saúde. Assim a sugestão é para a construção de aplicativos digitais, que facilitem a inserção da perspectiva da população atendida, através de um mecanismo em que os usuários expressem publicamente sua opinião sobre os atendimentos recebidos na atenção básica a saúde e esclareçam suas dúvidas também. O PMAQ-AB já considera a vertente de considerar a opinião dos usuários, contudo a sugestão desse estudo é a de que através de um aplicativo específico para a avaliação, os cidadãos possam de forma acessível avaliar os serviços da APS, espontaneamente, de modo habitual e prático, sem precisar esperar serem interrogados pelas equipes da atenção básica. Nesse sentido se ampliaria a cobertura de pessoas para avaliação dos serviços prestados, bem como a autonomia dos usuários para expressarem suas opiniões.

Essa pesquisa respondeu as questões norteadoras desse estudo, visto que os dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) foram capazes de caracterizar o trabalho do assistente social na atenção básica a saúde segundo o que prever os parâmetros legais da profissão e a Política Nacional de Atenção básica a saúde (PNAB). Nesse sentido, constatou-se que o SISAB e o SIA/SUS estabelecem relações de significância com a realidade, na medida em que os dados produzidos por estes sistemas de informação em saúde estão aliados a perspectiva da implementação de melhorias através das Estratégias de Saúde Digital e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Sobre o PMAQ-AB compreendeu-se que este programa é um grande aliado da produção de serviços e de dados sobre a atenção básica, na medida em que trouxe incentivos para qualificar o trabalho dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde, através da avaliação e acompanhamento dos dados produzidos no processo de trabalho e da disponibilização dos recursos governamentais para os municípios e equipes que se empenham para melhorar o padrão dos atendimentos prestados a comunidade usuária dos serviços.

Nesse sentido, o PMAQ-AB contribui para a melhoria do exercício profissional na área da saúde e conseqüentemente para a atenção e os cuidados com os dados inseridos nos sistema de informações em saúde sobre a APS, uma vez que o trabalho realizado é fiscalizado por avaliadores externos. A partir do referido Programa, os dados que são preenchidos nos sistemas de informação em saúde, sobretudo no SISAB que estão vinculados ao mesmo, passam por um processo avaliativo de uma comissão de especialistas que apuram e atribuem notas as produções de trabalho na atenção primária. Portanto, existe por trás dos registros divulgados nos bancos de dados, um programa como o PMAQ-AB que volta sua atenção para

conferir e aprimorar os serviços prestados pelos profissionais de modo a não divulgar informações desconectadas e sem identificação com a realidade.

Em virtude da constatação sobre o PMAQ-AB, esse estudo afastou a preocupação inicial de que o assistente social que atua na atenção básica em saúde vivencia na atualidade, o impasse de ter que informar sobre a sua prática profissional ao cadastro dos sistemas de informações do SUS, limitando-se a responder a respeito da sua atuação de trabalho segundo os critérios objetivos, quantitativos e formais que constam nos critérios de cadastro desses sistemas, pois através do referido programa os avaliadores externos vão fiscalizar a realidade das condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, fazendo com que a responsabilidade pela qualidade dos trabalhos não seja apenas do profissional, mas também do município e demais esferas do Poder Público que tomam ciência da realidade e se engajam para modificá-la.

Portanto, os sistemas de informação em saúde analisados nesse estudo desempenham um papel relevante na sociedade, à medida que propiciam aos profissionais, ao Poder Público e aos cidadãos, acompanharem e analisarem a realidade do processo de trabalho na atenção básica em saúde, garantindo a transparência dos processos e a qualidade dos dados, além de serem importantes ferramentas para exercer o controle social democrático.

Sobre os registros efetuados pelo Serviço Social nesses sistemas, este estudo concluiu que estão de acordo com os parâmetros e legislações que norteiam a profissão, como: os Parâmetros de atuação ao Assistente Social na Política de Saúde; o Código de Ética do Assistente Social e as Diretrizes Curriculares da ABEPSS.

Este estudo contribuiu para o Serviço Social, no sentido do fortalecimento da imagem social da profissão, uma vez que os sistemas de informação em saúde através dos bancos de dados públicos do Ministério da Saúde reconhecem o trabalho do assistente social junto ao próprio quadro de trabalhadores e consolida a atuação desse profissional, dispondo sobre a organização do processo de trabalho do mesmo, vinculado a Política Nacional de Atenção Básica.

Uma sugestão para a continuidade dessa pesquisa é a de seguir a proposta inicial que se tinha quando se pensou em desenvolver o tema dessa análise e que, devido ao tempo, não foi possível abordar, com a seguinte perspectiva: confrontar os dados do SIA/SUS e SISAB com a realidade, coletando sobre os aspectos do cotidiano dos profissionais e entrevistando assistentes sociais que atuam com a prática dos atendimentos na atenção básica do SUS em Sergipe.

REFERÊNCIAS

- ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social). **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**: com base no currículo mínimo aprovado em assembléia geral extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996.
- ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *In: Rev. Panam Salud Publica*. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: abr. 2020.
- ALVES, R. F. *et al.* Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *In: Rev. Psicol. Teor. Prat.* São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: ago. 2020.
- ANDERSON, P. **Balanco do neoliberalismo**. *In: SADER, E.; GENTILLI, P. (Orgs).* Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. Disponível em: <http://www.unirio.br/unirio/cchs/ess/Members/giselle.souza/politica-social-ii/texto-1-balanco-do-neoliberalismo-anderson>. Acesso em: jan. 2020.
- BARBOSA, D. C. M. **Sistemas de informação em saúde**: a percepção e a avaliação dos profissionais diretamente envolvidos na atenção básica de Ribeirão Preto / SP. 2006. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Social, USP, Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/6mostra/artigos/SAUDE/FL%C3%81VIA%20DE%20ASSUN%C3%87%C3%83O%20NEVES.pdf>. Acesso em: set. 2020.
- BATICH, M. **Previdência do Trabalhador uma trajetória inesperada**. *In: São Paulo em Perspectiva*, v. 18, p. 33-40, 2004.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BEHRING, E. R. A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil. *In: Rev. Ser Social*, Brasília: v. 18, n. 38, jan.- jun. / 2016. Disponível em: <http://revista91.hospedagemdesites.ws/index.php/rdtps/article/viewFile/140/90>. Acesso em: nov. 2019.
- BOSCHETTI, I. **Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. *In: CFESS - Conselho Federal de Serviço Social (Org.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CEAD/Ed. UnB, 2009.
- BRANDÃO, A. C. S.; SILVA, J. R. A. A contribuição dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) para o processo de auditoria do SUS. *In: Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde*. Salvador, v. 1, n. 1, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/01/A-contribuicao-dos-sistemas-de-informacao-em-saude-sis-para-o-processo-de-auditoria-do-sus-revista-atualiza-saude-v1-n1.pdf>. Acesso em: jun. 2020.
- BRASIL. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960 que dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. 1960. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 1960. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/13807.htm Acesso em: abr. 2020.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: ago. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set. 1990.

BRASIL. **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: mai. 2020.

BRASIL. 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS- 96. Portaria 2 203, de 05 de Novembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996. Brasília: DF. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: mai. 2020.

BRASIL. Resolução nº 218 de 06 de março de 1997, que reconhece os profissionais de saúde do nível superior. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. In: **Rev. Saúde Pública** [online]. 2000, vol. 34, n.3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018. Acesso em: ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>. Acesso em: março de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006. Brasília, v. 143, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: mai. 2019.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base para a Fundação Nacional de Saúde - Brasília: **Funasa**. 2007. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7%C3%A3o++em+Saude++Diretrizes.pdf/be8483fe-f741-43c7-8780-08d824f21303>. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual do Sistema de**

Informação Ambulatorial/ SIA/Atualização, volume II. 96 páginas. 2008. Disponível em: ftp://201.82.2.141/upload/DATASUS/Documentos/MANUAL_SIA_Maio_2008.pdf. Acesso em: ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154/2008. Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF - 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. v. 1. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3038.pdf>. Acesso em: 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde**. Distrito Federal: Brasília: Conasems, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reflexoes_novos_gestores_municipais.pdf. Acesso em: ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/09_0275_FINAL_O_HumanizaSUS_na_Aten__o_B_sica.pdf. Acesso em: set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 27**: diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Departamento de Atenção Básica, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO**. 2010. 3a ed. v. 1. Brasília: MTE, 2010. Disponível em: http://portalfat.mte.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/CBO2002_Liv3.pdf. Acesso em: jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual Técnico Operacional SIA/SUS**: Sistema de Informações Ambulatoriais. 2010. Disponível em: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1273242960988Manual_Operacional_SIA2010.pdf. Acesso em: ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS). 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>. Acesso em: ago. 2019.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º e outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf . Acesso em: set. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: set. 2018.

BRASIL. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica E NASF: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf f. Acesso em: set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf Acesso em: set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2015. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html. Acesso em: jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Versão preliminar. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQzMQ==#:~:text=RESUMO%3A%20Com%20o%20objetivo%20de,produ%C3%A7%C3%A3o%20do%20cuidado%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf. Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **A Construção do SUS / SUS Construção Coletiva**. 2016. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/construcao-sus.php>. Acesso em: ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/cebas/cns> Acesso em: jun. 2020.

BRASIL. RESOLUÇÃO nº 19, DE 22 DE JUNHO DE 2017. Aprova e torna público o documento Estratégia e-Saúde para o Brasil, que propõe uma visão de e-Saúde e descreve mecanismos contributivos para sua incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS) até 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2017. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/13/Resolucao-CIT-n19.pdf> Acesso em: set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. **Estratégia e-Saúde para o Brasil**. Brasília – DF. 2017. Disponível em: https://saudedigital.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil_CIT_20170604.pdf Acesso em: set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Guia Rápido para Gestor do SISAB e e-SUS AB**. Brasília – DF. 2017. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/guia_rapido_gestor_SISAB_e_SUS_AB.pdf. Acesso em: set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Cobertura da atenção básica por estados da região nordeste / período**. 2020. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> . Acesso em: abr. 2020.

BRASIL. Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10283.htm Acesso em: ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde – SAPS. **Cobertura da Atenção Básica. Disponível em:** <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> ml Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde – SAPS. **Departamento de Saúde da Família - DESF. Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados. Disponível em:** <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml> ml Acesso em: abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES).** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/atencse.def> Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde – SAPS. **Painéis de Indicadores da Atenção Primária à Saúde.** Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/> Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Saúde da Família – DESF. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).** Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/> Acesso em: out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qase.def> Acesso em: jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.** Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/> Acesso em: jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS. **E-Gestor/AB: informação e gestão da atenção básica.** Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: fev. 2020.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. *In:* BRAVO, M. I. S. *et al.* **Saúde e Serviço Social**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Cortez, 2009

BUSS, P. M. PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *In: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007 p. 77-93. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19550>. Acesso em: jun. 2019.

CAMARGO, M. **Configurações do trabalho do assistente social na atenção primária em saúde (APS) no século XXI: um estudo da produção teórica do serviço social brasileiro.** 2014. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2014. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5822>. Acesso em: jun. 2020.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *In: Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, n. 8, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018&lng=pt&nrm=iso Acesso em: ago. 2020.

CAMPOS, N. R. O surgimento do NASF e a atuação do Serviço Social. *In: III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais.* Belo Horizonte: CRESS 6ª Região. 2013. Disponível em: <https://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20SURGIMENTO%20DO%20NASF%20E%20A%20ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20SERVI%C3%87O%20SOCIAL.pdf> . Acesso em: mai. 2020.

CARRAPATO, J. F. L.; SOUZA, L. L.; SANTOS, L. B. O Serviço Social na atenção básica de saúde: a percepção dos profissionais da equipe técnica. *In: Rev. RIPE: Construindo o Serviço Social*, v. 18, 2014.

CARVALHO, J. A. B. Pesquisa em educação e a pesquisa documental: um exercício teórico metodológico. *In: Repositório Institucional Banco de Produção Acadêmica e Intelectual.* 2016. Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com/handle/123456789/13753>. Acesso em: jun. 2020.

CARVALHO, M. N. *et al* . Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. *In: Rev. Saúde em debate.* Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 154-162, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200154&lng=en&nrm=iso. Acesso em: set. 2020.

CARVALHO, K. V.; ALMEIDA, M. A. S. de; MACHADO, D. F. Serviço Social e atenção primária. *In: Rev. Serviço Social e Saúde*, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sss.v17i2.8646420>. Acesso em: jun. 2020.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** São Paulo, Paz e Terra, 6ª ed. rev. ampliada. 1999. Disponível em: <http://www.marcoareliosc.com.br/14castells.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

CASTELLS, M. **A Sociedade em Rede: do Conhecimento à Política.** *In: A Sociedade em rede: do conhecimento à acção política.* Org: CASTELLS, M. CARDOSO, G. ed. Imprensa Nacional – Casa da Moeda. Belém, 2005. Disponível em: https://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/a_sociedade_em_rede_-_do_conhecimento_a_acao_politica.pdf Acesso em: jun. 2020.

CASTRO, L. **4 Pontos para Entender o Terceiro Setor.** 2017. Disponível em: <https://www.politize.com.br/terceiro-setor-o-que-e/#:~:text=a%20express%C3%A3o%20terceiro%20setor%20c3%A9,sem%20fins%20lucrativos%20prestadoras%20de>. Acesso em: ago. 2020.

CAZAROTTI, M. L. B. **A globalização como motor de mudanças na educação a partir do fim do século xx: cursos tecnológicos.** Anais [...]. UFPR, 2015. ISSN 2318-8588. Disponível em: http://www.enpecom.ufpr.br/arquivos-2015/ANAIS_VII_ENPECOM.pdf. Acesso em: jun. 2020.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). **Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional.** Conselho Federal de Serviço Social (Org.). Brasília: CFESS, 2005. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/perfilas_edicaovirtual2006.pdf. Acesso em: fev. 2019.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). **Resolução CFESS nº 557/2009, de 15 de setembro de 2009.** Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Brasília (DF), 2009.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). **Código de Ética do Assistente Social e Lei n. 8.662/93.** 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: mai. 2020.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso: dez. 2019.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). **Nota pública do CFESS sobre os problemas do “Renda Brasil” e a adesão à campanha nacional Renda Básica que Queremos.** 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/NotaCFESS-RendaBrasil.pdf>. Acesso em: ago. 2020.

CHUPEL, C. P.; MIOTO, R. C. T. Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. *In: Rev. Serviço Social & Saúde.* UNICAMP-Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/SSS.V9I2.8634882>. Acesso em: jun. 2020.

CLOSS, T. T. Inserção do Serviço Social nas residências multiprofissionais em atenção básica: formação em equipe e integralidade. *In: BELLINI, M.I.B.; CLOSS, T. T. (organizadoras). Serviço Social, Residência Multiprofissional e Pós-Graduação: a excelência na formação do Assistente Social.* Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/1484/Servi%C3%A7o%20social%2c%20resid%C3%Aancia%20multiprofissional%20e%20p%C3%B3s-gradua%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: ago. 2020.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *In: Rev. Lua Nova*, São Paulo, n. 19. Nov. 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: ago. 2019.

COHN, A. Políticas Sociais e Pobreza no Brasil. *In: Rev. Planejamento e Políticas Públicas*. nº 12. Brasília: IPEA, Jun/Dez de 1995. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/138>. Acesso em: ago. 2019.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *In: Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.

COSTA, M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. *In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Rev. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm Acesso em: jun. 2020

COSTA, J. S. *et al.* A face feminina da pobreza: sobre-representação e feminização da pobreza no Brasil. *In: IPEA (Instituto de Pesquisa Economica Aplicada)*. Brasília. 2005. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1137.pdf. Acesso em: ago. 2020.

CRESPO, M. M. **Interpretações da Crise de 1929 no contexto econômico norte-americano**. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. 2018. Disponível em: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_10188_Mariana%20Monteiro%20Crespo%20-%20Disserta%E7%E3o%20final.pdf. Acesso em 2019.

CRESS/SE (Conselho Regional de Serviço Social da 18ª Região). Relatório de profissionais inscritos e ativos no CRESS/SE em 2020. *In: Portal da Transparência do CRESS/SE*. Sergipe. 2020. Disponível em: <https://cress-se.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/Listas?id=4ec6620e-faff-4c61-9dba-f78777e124fd> Acesso em: ago. 2020.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo. *In: Revista USP*, n. 17, p. 86-101, 1993. Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/25959/27690>. Acesso em: jan. 2020.

ENGELS, F. **A Dialética da Natureza**. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1876. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1882/dialetica/index.htm>. Acesso em: ago. 2019.

ENGELS, F. **Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. Edição eletrônica, Ridendo Castigat Mores. 1876. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/macaco.pdf>. Acesso em: ago. 2019.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4662435/mod_resource/content/1/ENGELS.pdf Acesso em: set. 2019.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. *In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde

- Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em:
<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> . Acesso em: jan. 2020.
- FALEIROS, V. P. **O que é Política Social**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- FAORO, R. **Os Donos de Poder: Formação do patronato político brasileiro**. v.1, 10.ed. São Paulo: Globo, Publifolha, 2001.
- FARIA, D. J. **Crise de 1929: Convergências e divergências entre o Partido Democrata e o Partido Republicano nos Estados Unidos**. 2016. 93 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de História, Programa de Pós-Graduação em História, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- FAUSTO, B. **História do Brasil**. 2. ed. São Paulo, SP: EDUSP, 1995.
- FAUSTO, M. C. R. *et al.* **Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil**. Projeto de Pesquisa. Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. 2019. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/ProjetoAPSRuraleremotomodificado>. Acesso em: jun. 2020.
- FERNANDES, F. O que é revolução. *In: Clássicos sobre a revolução brasileira*. São Paulo: Expressão Popular, 2003.
- FERRAZ, L. H. V. C. **O SUS, o DATASUS e a informação em saúde: uma proposta de gestão participativa**. Rio de Janeiro: s.n., 2009. Disponível em:
https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25885_ferrazlhvcm.pdf Acesso em: jan. 2020.
- FLEURY; S. Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *In: Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2009. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: jun. 2019.
- FLICK, U. **Uma Introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2004.
- FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB [Internet]. *In: Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, SP, v.13, n. 4, p. 547-554, 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a13.pdf> Acesso em: set. 2020.
- GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *In: Rev. Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 81-99, Sept. 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500081&lng=en&nrm=iso. Acesso em: ago. 2020.
- GELINSKI, C. R. O. G. A questão da co-responsabilidade prevista na estratégia saúde da família. *In: Rev. Política & Sociedade*, Florianópolis, v. 10, n. 19, p. 97-114, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2011v10n19p97>. Acesso em: abr. 2020.
- GENNARI, A. M. Globalização, neoliberalismo e abertura econômica no Brasil nos anos 90. *In: Rev. Pesquisa & Debate*, São Paulo: PUCSP, v. 13, n. 1 (21), 2002. Disponível em:
<http://www.ufjf.br/pur/files/2011/04/Globaliza%C3%A7%C3%A3o-e-neoliberalismo-abertura-econ%C3%B4mica-no-Brasil-anos-90.pdf>. Acesso em: jan. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002. ISBN 85-224-3169-8. Disponível em:
http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf. Acesso em: jun. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *In: Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. M.; MENDONÇA, M. H. M. **Estudo de caso sobre a implementação da Estratégia de Saúde da Família em quatro centros urbanos**: relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em:
<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/aracaju.pdf>. Acesso em: set. 2020.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *In: Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1081-1096, 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700040&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar. 2020.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, Mar. 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: ago. 2020.

GONÇALVES, M. A. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2014. Disponível:
https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401229/1/Organizacao_FuncSUS%20GS%203ed%20WEB.pdf. Acesso em: fev. 2020.

GOULART, F. A. A. Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico a ação política. *In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da Saúde da família no Brasil*. Brasília, 2010. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: mai. 2020.

GOZZI, A. P. N. F. **A prática no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF): Apoio Matricial como inovação tecnológica em saúde**. 2017. Tese de Doutorado em Ciência, Tecnologia e Sociedade. Universidade Federal de São Carlos/SP. 2017. Disponível em:
https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/9940/GOZZI_Alana_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: jun. 2020.

GUERRA, Y. A racionalidade das formas de enfrentamento da questão social: o público e o privado no Brasil (do) real. *In: II Jornada Internacional de Políticas Públicas*. São Luís – MA: UFMA, 2005. Disponível em:

http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/yolanda_guerra.pdf. Acesso em: dez. 2019.

HOBSBAWN, E. J. **Da Revolução Industrial Inglesa ao Imperialismo**. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

HOFFMANN, E. **O trabalho das Assistentes Sociais no Programa Saúde da Família – PSF na região norte do estado do Rio Grande do Sul**. 2007. Dissertação de mestrado. Programa de mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). PORTO ALEGRE, 2007. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/593/1/389780.pdf> . Acesso em: jun. 2020.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio ocupacionais do assistente social. *In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/Abepss, 2009. Disponível em: <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/iamamoto-201804131241048556780.pdf> Acesso em: set. 2020.

IANNI, O. **Globalização e neoliberalismo**. *In: São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, Fundação Seade, v.12, n.2, abr./jun. 1998. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v12n02/v12n02_03.pdf. Acesso em: jan. 2020.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **A Síntese dos Indicadores Sociais 2010: uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>. Acesso em: fev. 2020.

KATO, V. R. C. Estado e planejamento econômico no Brasil (1930-1970). *In: Rev. Adm. Empres.*, São Paulo , v. 13, n. 1, p. 92-93, Mar. 1973 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901973000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mai. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901973000100009>.

KILSZTAIN, S. Programa de Saúde da Família. *In: Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 285-286, Dec. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mai. 2020.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. *In: Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634891>. Acesso em: mai. 2020.

KUPPER, A.; CHENSO, P. A. **História Crítica do Brasil**. 1. ed. São Paulo - SP: Editora FTD, 1998.

LACERDA, J. T.; MORETTI-PIRES, R. O. (Organizadores). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. **Processo de Trabalho na Atenção Básica**. 2018. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. 3. ed. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13976/1/Mod-%20Processo%20de%20trabalho-V3.pdf> . Acesso em set. 2020.

LAGUARDIA, J. *et al.* Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Saúde (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *In: Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-146, set. 2004. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 30 set. 2020.

LAVRAS, C. Atenção Primária à saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *In: Rev. Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar. 2020.

LEFEBVRE, H. A cidade e a divisão do trabalho. *In: A cidade do capital*. Rio de Janeiro: DPeA, 2001.

LEME, A. A. **Neoliberalismo, globalização e reformas do estado**: reflexões acerca da temática. Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n. 32, p. 114-138, jun. 2010. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782010000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: jan. 2020.

LENIN, V. I. **O Imperialismo**: etapa superior do capitalismo. Campinas: FE/Unicamp, 2011.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *In: Cadernos de Saúde Pública [online]*. 2004, vol.20, n.1. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20040001000036&lng=en&nrm=iso. Acesso em: ago. 2019.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *In: Rev. Katalysis*, v. 10, p. 35-45, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802007000300004/5742>. Acesso em: mai. 2019.

LOURENÇO, E. A. S. *et al.* Condições de trabalho de assistentes sociais da área da saúde e repercussões psicossociais. *In: Rev. Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 154-168, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180675>. Acesso em: set. 2020.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. *In: Rev. Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: dez. 2019.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARANGONI, G. Anos 1980, década perdida ou ganha? *In: IPEA: a Revista de Informações e debates do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, Ano 9, Edição 72, São Paulo, 2012. Disponível

em: http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2759:catid=28&Itemid=23. Acesso em: ago. 2019.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. *In: Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 314-320, 2010. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000200016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: set. 2020

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINI, D. A Atuação do Assistente Social na Saúde: uma reflexão sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município de Florianópolis. *In: II Seminário nacional de Serviço Social, Trabalho Social e Políticas Sociais*. Universidade Federal de Santa Catarina/ Florianópolis. 2017. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180371/101_00141.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Acesso em: set. 2020.

MARTINI, D.; DAL PRÁ, K. R. A inserção do assistente social na atenção primária à saúde. *In: Rev. Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 118-132, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18648>. Acesso em: jun. 2020.

MARTINS, A. Q.; BORGES, A. C. S.; FELICIO, K. S.; WENER, R. C.. A atuação do assistente social no Núcleo de Apoio a Saúde da Família de um município dos Campos Gerais. *In: II Simpósio Internacional Interdisciplinar em Ciências Sociais Aplicadas*. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Edição Atual V. 1, 2017 - ISSN 2525-8559. Disponível em: <https://sites.uepg.br/simposiocs/docs/gt5/001.pdf>. Acesso em: ago. 2020.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MELO, A. A. **Caracterização das práticas de reabilitação na Atenção Primária à Saúde no Brasil, entre 2016 e 2017**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação). Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35754> Acesso em: set. 2020.

MELO, H. P. **Gênero e Pobreza no Brasil**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). CEPAL SPM Brasília 2005. Disponível em: https://www.cepal.org/mujer/reuniones/quito/Hildete_Pereira.pdf Acesso em: ago. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Ed. Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf . Acesso em: fev. 2020.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. *In: Rev. Ser Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização e Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. *In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.

MONTAÑO, C. E. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do terceiro setor. *In: Rev. Lutas Sociais*, v. 8, 2002. Disponível em: http://www4.pucsp.br/neils/downloads/v8_carlos_montano.pdf. Acesso em: dez. 2019.

MOREIRA, D. J.; CASTRO, M. G. O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica. *In: Rev. Transformações em Psicologia* (online), São Paulo, v. 2, n. 2, p. 51-64, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-106X2009000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-106X2009000200003. Acesso em: mai. 2020.

NAOUM, P. C.; NAOUM, F. L. Interpretação laboratorial do hemograma. *In: Rev. AC&T Científica*. 2013. Disponível em: http://www.ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/Artigos_cientificos/Interphemo.pdf Acesso em: ago. 2020.

NEGRÃO, J. J. O. O governo FHC e o neoliberalismo. *In: Rev. Lutas Sociais*. São Paulo: Neils/ Xamã, n.1, 1996.

NETTO, José Paulo. **Democracia e Transição Socialista**: escritos de teoria e política. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

NETTO, J. P. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social frente à Crise Contemporânea. *In: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social*. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Módulo 1. Brasília, CFESS/ABEPSS/ DSS e CEAD-UnB, 1999. Disponível em: https://www.ssrede.pro.br/wp-content/uploads/2017/07/projeto_etico_politico-j-p-netto_.pdf. Acesso em: mai. 2020.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. *In: Rev. Temporalis*. Ano 2, n. 3 (jan./jul. 2001), Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

NETTO, J. P. Introdução ao método na teoria social. *In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Pesquisa em Serviço Social. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/50RJ5W8gL69H4A2o122W.pdf>. Acesso em: mai. 2019.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. Disponível em: <http://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/livros-diversos/introducao-aos-estudos-do-metodo-de-marx-j-p-netto.pdf> Acesso em: abr. 2019.

NETTO, J. P. Crise do capital e consequências societárias. *In: 5º Seminário Anual de Serviço Social*. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n111/a02.pdf>. Acesso em: jul. 2019.

NETTO, J. P. Assistencialismo e Regressividade Profissional no Serviço Social. *In: Rev. Lusíada. Intervenção Social, Lisboa*, nº 41. 2013. Disponível em: http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1075/1/IS_n41_1.pdf. Acesso em: nov. 2020.

NOZOE, N. H.; BIANCHI, A. M.; RONDET, A. C. A. A nova classificação brasileira de ocupações: anotações de uma pesquisa empírica. *In: Rev. São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 234-246, Dec. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000300023&lng=en&nrm=iso Acesso em: jun. 2020.

OLIVEIRA, A.; GHIRALDELLI, R. O Serviço Social na atenção primária à saúde. 2019. *In: Rev. Em Pauta* - Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro - 2o Semestre de 2019 - n. 44, v. 17, p. 255 – 273.

OLIVEIRA, A. R. **O Trabalho do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde Rural no Brasil**. 2019. Doutorado. Belo Horizonte – MG. *In: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem*. Universidade Federal de Minas Gerais. 2019. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/1029D.PDF>. Acesso em: set. 2020.

OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Im-previdencia-social-60-anos-hist%C3%B3ria.pdf>. Acesso em: jul. 2019.

OLIVEIRA, A. T. R. (organizador). **Sistemas de estatísticas vitais no Brasil: avanços, perspectivas e desafios**. Rio de Janeiro: IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018. Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 2236-5265 ; n. 7. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101575.pdf>. Acesso em: ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Mulheres são principais beneficiárias de políticas sociais brasileiras, diz publicação de agência da ONU**. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mulheres-sao-principais-beneficiarias-de-politicas-sociais-brasileiras-diz-publicacao-de-agencia-da-onu/> Acesso em: ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: abr. 2020.

OUPERNEY, A. M.; FLEURY, S. Política de saúde: uma política social. GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 23-64.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS**. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 jan. 2020.

PAULANI, L. M. **O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. ISBN: 978-85-7541- 612-9. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/j5cv4/pdf/lima-9788575416129-04.pdf> Acesso em: jan. 2020.

POCHMANN, M. **Capitalismo e desenvolvimento**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2016. ISBN 978-85-7798-216-5. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/yjzmq/pdf/pochmann-9788577982165-02.pdf> Acesso em: mai. 2019.

PRADO JR, C. **Formação do Brasil contemporâneo**. 19 edição. São Paulo: Brasiliense, 1986.

PRADO JR., C. **História econômica do Brasil**. 43. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do Assistente Social no cenário educacional**. Franca: UNESP, 2008.

PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S.; FIGUEIREDO, A. W. S. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. *In: Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1859-1870, Jun. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601859&lng=en&nrm=iso. Acesso em: jun. 2020.

POUPART, J. *et a.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. ISBN 978-85-326-3681. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1895937/mod_resource/content/1/04_OB-JACCOUD_MAYER.pdf. Acesso em: jun. 2020.

POPPER, K. R. S. **A lógica da pesquisa científica**. São Paulo, SP: Cultrix, 1975.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens da nossa época**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000.

PORTELA, G. Z.; RIBEIRO, J. M. A reforma da Atenção Primária à Saúde e a utilização dos serviços ambulatoriais no município do Rio de Janeiro (RJ). Brasil. *In: Rev. Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 34-48, Dec. 2016 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar. 2020.

QUINTINO, T. D. *et al.* As contribuições do assistente social no campo da promoção da saúde: Desafios e Possibilidades. *In: Rev. da APS - Atenção Primária À Saúde*. 2012 jul/set; 15(3): 345-355. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14836>. Acesso em: set. 2020.

RAICHELIS, R. O Trabalho do Assistente Social na esfera estatal. *In: Rev. Direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/Abepss, 2009. Disponível em: https://www.unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto_Raquel_Raichelis.pdf Acesso em: set.2020.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2009.

SALDANHA, R. F.; BASTOS, R. R.; BARCELLOS, C. Microdatasus: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, e00032419, 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001104001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mar. 2020.

SANGLARD, G. P. **Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas no Rio de Janeiro, 1920-1940**. Tese (Doutorado) – Casa de Oswaldo Cruz /

Fiocruz, Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3980>. Acesso em: abr. 2020.

SANT'HELENA, M.M. *et al.* Da reforma sanitária às privatizações: discutindo a saúde pública brasileira. *In: Congresso Catarinense de Assistentes Sociais*, 1, 2013, 22 ago, Florianópolis, SC. Anais. Florianópolis, SC: GRESS/SC, 2013. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/?p=792>. Acesso em: jan. 2020.

SANTOS, M. A. Educação em saúde, atenção primária e a relevância da intervenção do serviço social. *In: II Congresso de Assistentes Sociais do estado do Rio de Janeiro/ Brasil*. 2016. Disponível em: <https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2016/05/041.pdf> Acesso em: jun. 2020.

SANTOS, M. A.; SENNA, M. C. M. Educação em Saúde e Serviço Social: instrumento político estratégico na prática profissional. *In: Rev. katálysis*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 439-447, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802017000300439&lng=en&nrm=iso. Acesso em: jun. 2020.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *In: Rev. Texto e Contexto Enferm.* 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1590016.pdf>. Acesso em: abr. 2020.

SANTOS, S. R. *et al.* Sistema de Informação em Saúde: gestão e assistência no Sistema Único de Saúde. *In: Rev. Cogitare Enferm.* 2014 Out/Dez; 19(4): 833-40. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/35347/23965>. Acesso em: jun. 2020.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *In: Rev. Brasileira de História & Ciências Sociais*, n. 1. 2009. Disponível: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6>. Acesso em: mai. 2019.

SCHMALLER, V. P. V. *et al.* Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. *In: Rev. Textos Contextos*. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12362/8651> acesso em: ago. 2020.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. *In: Rev. Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 10, n. 1, p. 19-30, mar. 2001. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: jun. 2020.

SERGIPE (estado). Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe (SES/SE). **Plano Estadual de Saúde do Estado de Sergipe (PES) 2016 a 2019**. Sergipe, SES. 2016. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/SE_Plano%20Estadual%20de%20Saude%202016%20-%202019%20SERGIPE.pdf. Acesso em: ago. 2019.

SILVA, A. A. A reforma da previdência social brasileira: entre o direito social e o mercado. *In: Rev. São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 3. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jan. 2020.

SILVA, M. O. S. O debate sobre a pobreza: questões teórico-conceituais. *In: Rev. Pol. Pub.* 2002. Disponível em:
<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/viewFile/3720/1753>. Acesso em: ago. 2019.

SILVA, F. A. **História do Brasil: Colônia, Império e República.** São Paulo: Moderna, 1992.

SILVA, D. C.; KRÜGER, T. R. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde: o significado no exercício profissional. *In: Rev. Temporalis - A construção de um projeto classista de educação e os desafios para o Serviço Social-* v. 18 n. 35. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/19578>. Acesso em: mai. 2020.

SILVA, M. A. Assistente social e tecnologias da informação. *In: Serviço Social em Revista*, v. 6, n.1, Londrina: UEL, 2003. Disponível em:
http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v6n1_marcio.htm. Acesso em: mai. 2020.

SILVA, N. P. **A utilização dos programas TABWIN e TABNET como ferramentas de apoio a disseminação das informações em saúde.** Rio de Janeiro: s.n., 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2300/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Silva_Noberto_Pe%C3%A7anha.pdf Acesso em: jun.2020.

SOARES, E. V. B. **Atenção Básica e Informação: análise do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões para uma gestão da saúde com transparência.** 2016. Disponível em:
<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/SISAB>. Acesso em ago. 2019.

SOARES, L. T. R. **Ajuste neoliberal e desajuste social na America Latina.** 1995. 446 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/285687>>. Acesso em: jul. 2020.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social.** 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em:
<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499> Acesso em: ago. 2020.

SOUSA, M. I. N. F. **O Plantão do Serviço Social nas Unidades Básicas de Saúde – UBS de Franca** - reflexão dessa prática sob um novo olhar. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de História, Direito e Serviço Social. da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho. Franca-SP. 2004. Disponível em:
https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98540/sousa_minf_me_fran.pdf?sequence=1. Acesso em: ago. 2020.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. *In: Rev. Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 103, p. 453-475, Sept. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n103/a04n103.pdf>. Acesso em: jun. 2020.

- SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *In: Rev. Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204&lng=en&nrm=iso. Acesso em: dez. 2019.
- SOUSA, Maria Fátima de. A Reforma Sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde. *In: Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v.8, n.1, p. 11-16, mar., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: jun. 2020.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN:85-87853-72-4. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: abr. 2020.
- SOUZA, Heloísa Machado de. Saúde da Família: uma proposta que conquistou o Brasil. *In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: mai. 2020.
- SOUZA, F. L. D. *et al.* Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. *In: Rev. Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, Jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: mai. 2020.
- TESSER, C. D.; NETO, P. P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *In: Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300941&lng=en&nrm=iso. Acesso em: jun. 2020.
- THOMAZ, E. B. A. F. *et al.* **Conceitos e ferramentas da epidemiologia**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Judith Rafaelle Oliveira Pinho (Org.). São Luís: EDUFMA, 2015. Disponível em: https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn_sf02-compress.pdf Acesso em: ago. 2020.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação, o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1987.
- TOMASCHEWSKI, C. **Entre o Estado, o Mercado e a Dádiva**: a distribuição da assistência a partir das irmandades da Santa Casa de Misericórdia nas cidades de Pelotas e Porto Alegre, Brasil, c. 1847 c. 1891. 2014. Tese (Doutorado em História) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2497?mode=full>. Acesso em: ago. 2019.
- UCHOA, S. A. C. *et al.* Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *In: Rev. Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 100-113, Set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500100&lng=en&nrm=iso. Acesso em: set. 2020.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. *In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Rev. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Cortez, 2009. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf. Acesso em: jun. 2020.

VIANA, R. J. S. Y. A. *et al.* Atenção Básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *In: Cad Saude Publ.* 2008; 24(1):79-90. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24suppl1/s79-s90/>. Acesso em: out. 2020.

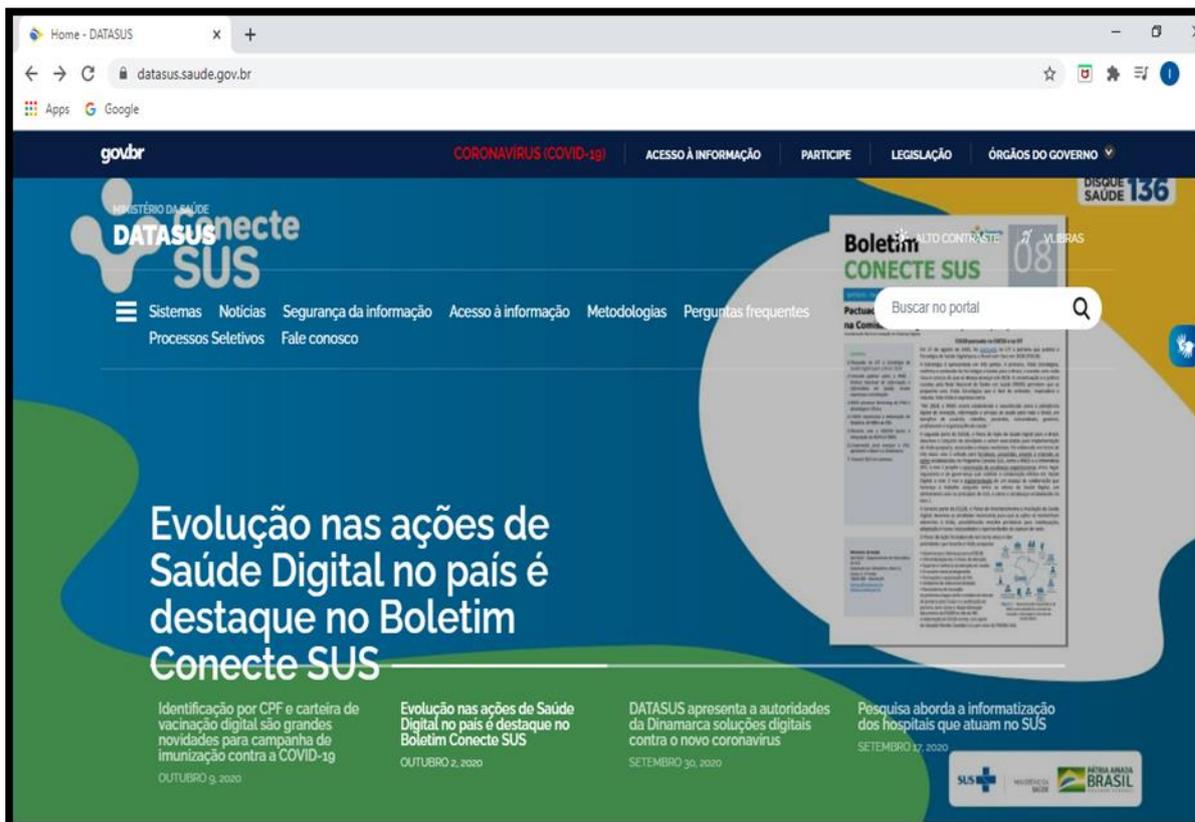
VICECONTI, P. E. V. O processo de industrialização brasileira. *In: Rev. Adm. Empres.,* São Paulo , v. 17, n. 6, p. 33-43, Dec. 1977 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901977000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: ago. 2019.

VICENTINO, C. **História Geral.** Ed. atual e ampl. São Paulo: Scipione, 2002.

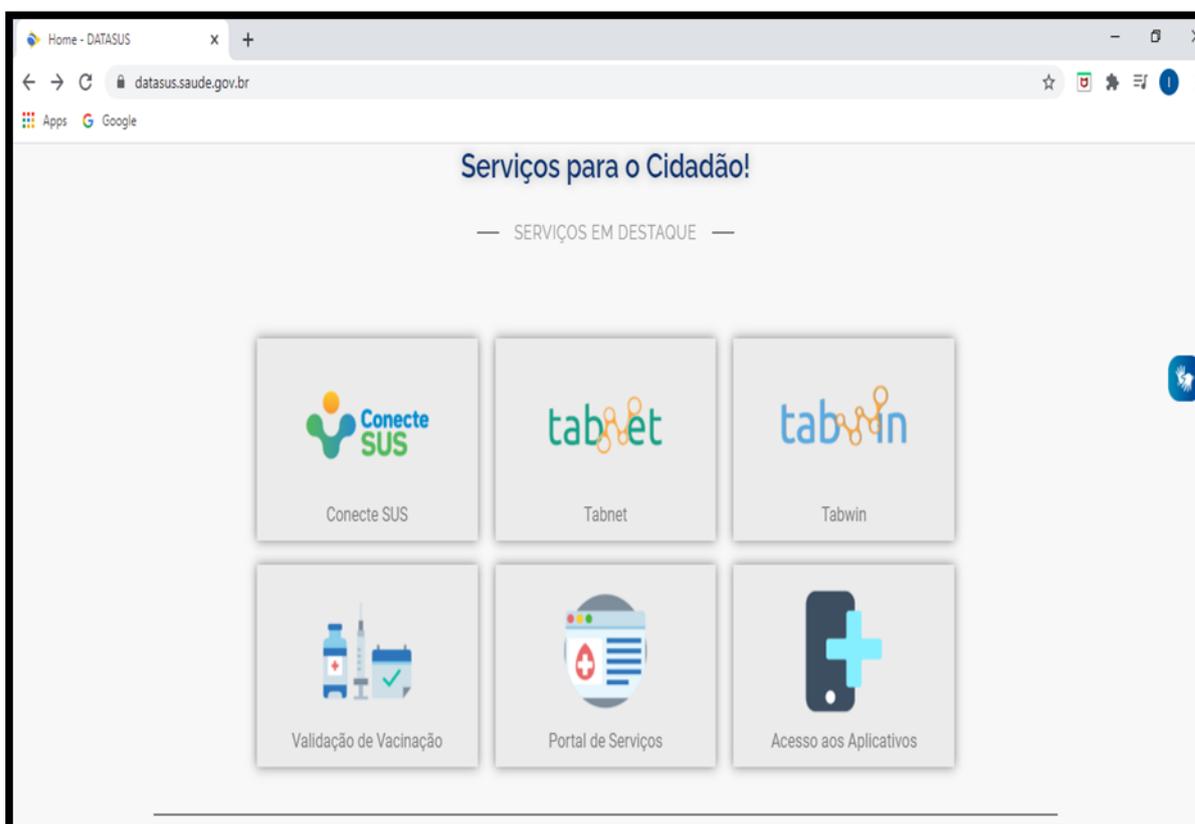
VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* Interface (Botucatu), Botucatu , v. 19, n. 55, p. 1089-1100, Dec. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401089&lng=en&nrm=iso. Acesso em: abr. 2020.

ANEXOS

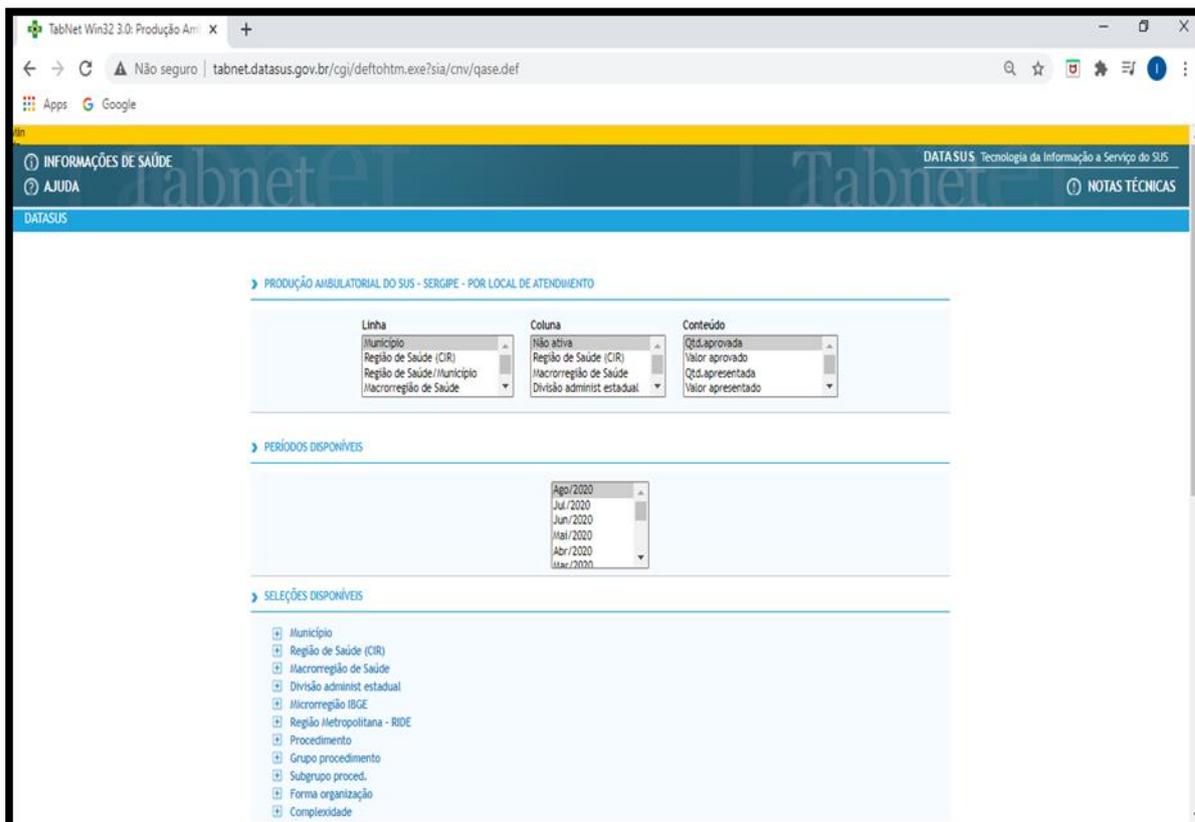
ANEXO A – PLATAFORMA DATASUS



Fonte: MS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Acesso em: out. 2020.



Fonte: MS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Acesso em: out. 2020.

ANEXO B – SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL DO SUS (SIA/SUS)

Fonte: MS. DATASUS. Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Acesso em: out. 2020.

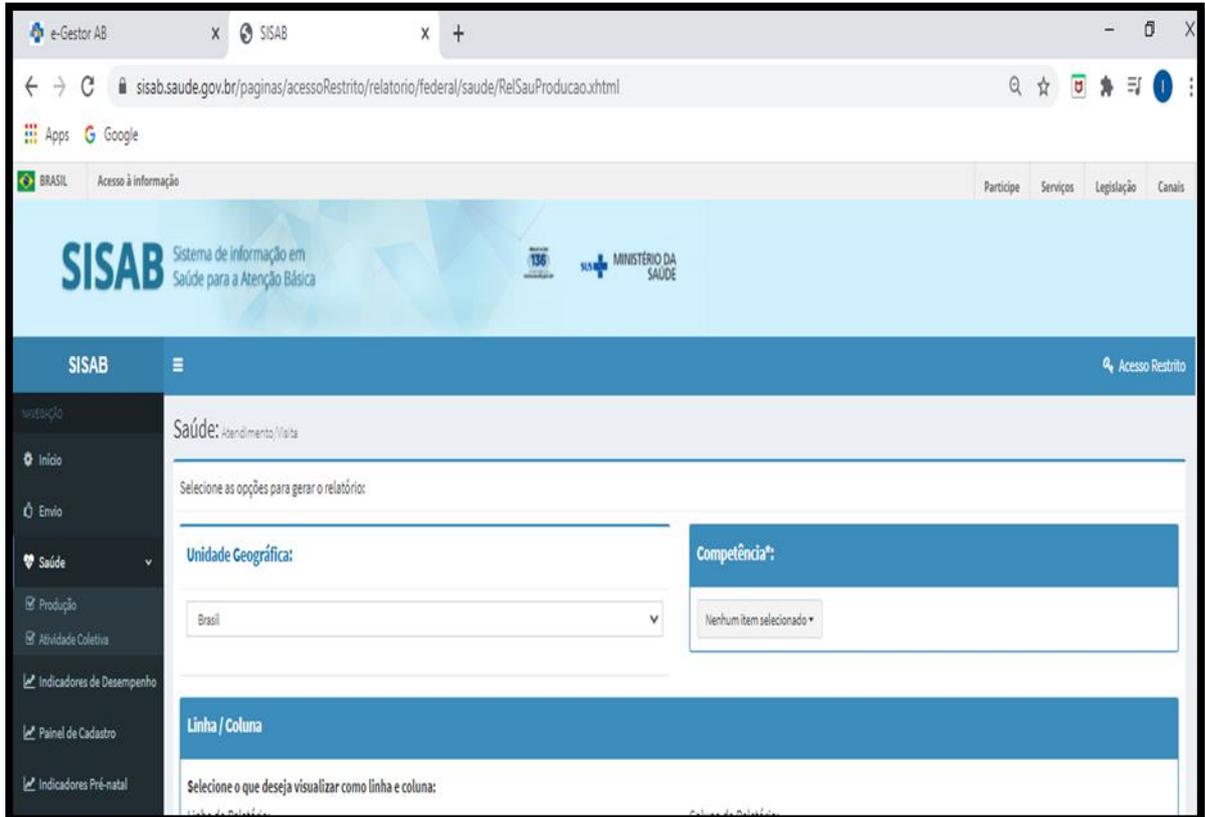
ANEXO C – PLATAFORMA E-GESTOR/AB

The screenshot shows the e-Gestor AB web application interface. The browser address bar displays the URL: `egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml`. The page header includes the logo "e-Gestor Informação e Gestão da Atenção Básica" and navigation links: "Participe", "Serviços", "Legislação", and "Canais". A sidebar menu on the left contains: "Início", "Acesso Restrito", "Relatórios Públicos", and "Suporte". The main content area is titled "Sistemas da Atenção Primária à Saúde" and displays a grid of 12 service tiles:

Icon	System Name	Description	Action
	Academia da Saúde	Sistema de monitoramento dos polos de Academia da Saúde.	Mais informações
	Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes		
	Bolsa Família	Registro das condicionalidades de Saúde do PBF	Mais informações
	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	Sistema de cadastro de tutores do programa	Mais informações
	Eventos AB	Sistema de eventos e cadastro de participantes	Mais informações
	Financiamento APS	Relatórios de pagamento e suspensão das equipes e serviços da APS, dentre outros.	Acessar
	Financiamento APS - Devolução	Instruções para a Devolução de Recursos	Acessar
	Formação Profissional para a APS	Equipes de saúde integradas a programas de formação profissional no âmbito da APS.	Acessar
	Histórico de Cobertura	Histórico de Cobertura por competência e unidade geográfica	Acessar Relatório
	Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados	Relatório por competência e unidade geográfica	Acessar Relatório
	Informatiza APS	Apoio à informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da APS	Acessar
	LRPD - ESB	Sistema de Laboratórios de próteses dentárias - ESB	

Fonte: MS. SAPS. E-Gestor/AB: informação e gestão da atenção básica. Acesso em: out. 2020.

ANEXO D – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA (SISAB)



Fonte: MS. DESF. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Acesso em: out. 2020.