

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

LORRAINY DIAS MENDES

**POLÍTICA DE SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE:
um estudo no município de Ituiutaba/MG**

FRANCA

2017

LORRAINY DIAS MENDES

**POLÍTICA DE SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE:
um estudo no município de Ituiutaba/MG**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

FRANCA

2017

Mendes, Lorrainy Dias.

Política de saúde, serviço social e intersetorialidade : um estudo no município de Ituiutaba/MG / Lorrainy Dias Mendes. – Franca : [s.n.], 2017.

106 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientadora: Fernanda de Oliveira Sarreta

1. Serviço social. 2. Política de saúde. 3. Habitação popular.
4. Política habitacional. I. Título.

CDD – 362.042

LORRAINY DIAS MENDES

**POLÍTICA DE SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE:
um estudo no município de Ituiutaba/MG**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Profª. Drª. Fernanda de Oliveira Sarreta

1ª Examinadora: _____

Profª. Drª. Adriana Giaqueto – FCHS/UNESP

2ª Examinadora: _____

Profª. Drª. Edileusa da Silva - UFU

Franca/SP, 26 de junho de 2017.

Dedico aos meus pais, Reinaldo e Patrícia, meus maiores exemplos de vida, sabedoria e luta. Meu motivo de orgulho, inspiração e amor!

AGRADECIMENTOS

Jamais imaginei que existiriam tantas dificuldades em construir, crescer e amadurecer durante o processo de produção desta dissertação. Por vários momentos considerei existir em mim tamanha incapacidade, que diversas vezes tornou empecilho para que uma linha deste texto fosse produzida. Desacreditei do meu potencial e até pensei por vezes desistir dos meus sonhos.

De menina à mulher! Diferentemente da graduação, passei a conhecer o peso da responsabilidade.

Lembro-me a primeira vez, uma retrospectiva de cada viagem, recordo-me ainda, de cada gota de lágrima que insistiram em cair. Cada momento nas viagens que fizeram me sentir sozinha, desprotegida. Um lugar que desconhecia, pessoas que jamais pensei que conheceria, cidade que momento algum pensei que frequentaria por várias vezes.

O que dizer das voltas que o mundo dá! Acredito que o significado e resposta vêm de Deus, e a ele devo toda gratidão, por permitir todo este processo em minha vida, e por dar-me forças para conquista deste sonho.

Quem diria, mais uma etapa vencida! Talvez, não com o sucesso esperado, mas com toda garra e força de vontade, apesar das diversas pedras colocadas no caminho.

Como não citar os maiores precursores para este título?! Minha Mamãe, Meu Papai... Se soubessem o quanto pensei em seus sonhos, o quando foquei em concretizá-los. Lembro-me sempre daquele orgulho, ao dizerem a toda cidade que “Minha filha está fazendo mestrado em Franca, fica em São Paulo.” Confesso que por várias vezes o medo foi o companheiro dos meus dias, em não concluir este mestrado e ser o motivo de uma tristeza. Saibam, que maiores que meu título de mestre são vocês, meu orgulho, minha inspiração, minha vida, meu amores! Amo vocês!

Agradeço ao Lucas, minha maior surpresa e alegria, meu amor, meu amigo e meu companheiro enviado por Deus, que constantemente esteve ao meu lado, sendo

paciente com meu mau humor, entendendo e ajudando-me em cada passo para conclusão deste mestrado. Amor, meu muito obrigada! Saiba que é nossa primeira vitória de muitas que virão, e a Deus peço que te faça presente em cada conquista de minha vida ... Te amo Meu Amor!

Ao meu irmão Lucas, ao qual devo meu carinho, admiração e afeto, obrigada por acreditar sempre em meu potencial.

Ao meu irmão José Adolfo e minha cunhada Natália, que contribuíram imensamente para este sonho. A minha avó Josefa que sempre me apoiou nesta jornada. A todos meus tios, tias e primos que incentivaram nos estudos.

A meus amigos, Tia Nelha e Leonardo, que sempre estiveram ao meu lado, incentivando e torcendo por cada conquista, a vocês meu muito obrigada!

À Minha Eterna Patroinha, mãe e amiga, agradeço imensamente pela paciência, companheirismo, apoio e pelo carinho que me deste! Você mora em meu coração!

À minha amiga Carla, que além de uma amiga, irmã de coração, colocada por Deus em minha vida. Amizade verdadeira, sincera e seguida de companheirismo. Apesar da distância, está sempre presente em meu coração, ofereço esta conquista a você. Sei que mesmo estando ausente, por estarmos em cidades diferentes, sempre fará presente com pensamentos positivos e de amor. Amo você minha amiga... A titia já ama a Cecília também. Agradeço ao Danilo, grande amigo, que por várias vezes contribuiu e incentivou para este sonho.

Agradeço a Francislaine, amiga além de fronteiras, que foi durante este período não somente uma amiga, mas uma companheira de risadas e choro. À Tatiane que grandemente me ajudou neste processo e tornou-se uma amiga, mesmo em pouco tempo de convivência. À Carla Kelade, que com sua paciência e companheirismo, trouxe-me paz.

Agradeço a Profa. Dra. Soraia e família, menciono aqui a Dona Lourdes, grande amiga que conquistei. A todos agradeço por me acolherem e por todo carinho e paciência neste período que estive em Franca.

A Profa. Dra. Luzilene e Profa. Dra. Carmem pelas caronas e incentivos durante o retorno para Ituiutaba/MG.

À Profa. Dra. Edileusa por ensinar-me a enxergar além do muro que estava frente aos meus olhos. Jamais esquecerei da Grande Mulher e Professora que representa em minha vida. Não pense que me esqueci do recado entregue a Fernanda, em não permitir que deixasse o trabalho... Ainda vamos conversar sobre o assunto, por algum momento pensei em “brigar” com você! Kkkkkkkk (brincadeira) Sei que sua opinião, foi por ver em mim o que muitas vezes não consegui enxergar, um potencial, uma capacidade, que não acreditava. Agradeço as contribuições!

Agradeço à Profa. Dra. Adriana Giaqueto, convivemos por um pequeno período, mas suficiente para despertar em mim tamanha admiração, grande “mestre”. Meu muito obrigada pelas importantes contribuições!

À todos da UNESP – FCHS, por me acolherem e contribuírem na minha formação, em especial a Dra. Cirlene e ao Mauro, pela paciência e orientação.

À todos os participantes da pesquisa, sem vocês seria impossível para que esta pesquisa fosse concluída, em especial a Celina que estreitou os laços a fim de facilitar este processo.

Em especial e com um mérito inquestionável, agradeço imensamente à Profa. Dra. Fernanda, minha inspiração, meu exemplo! Obrigada pelos ensinamentos, paciência e por confiar em mim, e aceitar-me como sua orientanda. Agradeço imensamente pelo incentivo e pela dedicação, esta dissertação é fruto de teu trabalho. Fez-me trilhar por caminhos que hoje me tornam merecedora deste título, com teus ensinamentos, hoje me torno mestra. Parabéns pela professora admirável, guerreira e carismática que para mim você representa. Meu muito obrigada e eternos agradecimentos!

Enfim, a todos, o meu muito obrigada!

Procurar o quê?

O que a gente procura muito e sempre não é isto nem aquilo. É outra coisa. Se me perguntam que coisa é essa, não respondo, porque não é da conta de ninguém o que estou procurando.

Mesmo que quisesse responder, eu não podia. Não sei o que procuro. Deve ser por isso mesmo que procuro.

Me chamam de bobo porque vivo olhando aqui e ali, nos ninhos, nos caramujos, nas panelas, nas folhas de bananeiras, nas gretas do muro, nos espaços vazios.

Até agora não encontrei nada. Ou encontrei coisas que não eram a coisa procurada sem saber, e desejada.

Meu irmão diz que não tenho mesmo jeito, porque não sinto o prazer dos outros na água do açude, na comida, na manja, e procuro inventar um prazer que ninguém sentiu ainda.

Ele tem experiência de mato e de cidade, sabe explorar os mundos, as horas. Eu tropeço no possível, e não desisto de fazer a descoberta do que tem dentro da casca do impossível. Um dia descubro. Vai ser fácil, existente, de pegar na mão e sentir. Não sei o que é. Não imagino forma, cor, tamanho.

Nesse dia vou rir de todos.

Ou não. A coisa que me espera, não poderei mostrar a ninguém. Há de ser invisível para todo mundo, menos para mim, que de tanto procurar fiquei com merecimento de achar e direito de esconder.”

Carlos Drummond de Andrade

MENDES, Lorrainy Dias. **Política de saúde, Serviço Social e intersectorialidade: um estudo no município de Ituiutaba/MG**. 2017. 106 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Franca, 2017.

RESUMO

A pesquisa tem como tema a Política de Saúde, Serviço Social e Intersetorialidade, a partir da atuação do (a) assistente social na política de habitação em Ituiutaba-MG. A saúde é uma política que tem apresentado avanços significativos desde a sua implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a intersectorialidade é enfocada como possibilidade de efetivar a concepção ampliada de saúde. Com base nestas questões o objetivo do estudo é analisar a política de saúde e a intersectorialidade na política de habitação de Ituiutaba/MG. Deste modo, o estudo está organizado de maneira que busque dar ênfase à política de saúde e intersectorialidade, e sua relação com a habitação no cenário do Residencial Jardim Europa II de Ituiutaba/MG. A partir do método dialético, para um olhar de totalidade desta complexa realidade, adota a abordagem qualitativa, tendo como participantes os profissionais envolvidos no trabalho do Residencial. Os resultados mostram que os limites são expressivos e, sobretudo, que as possibilidades podem ser construídas pelos profissionais junto aos usuários, tendo como referência o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social para o acesso às políticas sociais e ao direito universal à saúde.

Palavras-chave: política de saúde. Serviço Social. intersectorialidade. habitação.

MENDES, Lorrainy Dias. **Healthy, Social Service and intersectoriality policy: a study in municipality of Ituiutaba/MG.** 2017. 106 f. Dissertation (Master in Social Work) - School of Human and Social Sciences, São Paulo State University "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2017.

ABSTRACT

The research has as its theme the Health Policy, Social Service and Intersectoriality, based on the role of the social worker in the housing policy in Ituiutaba/MG. Health is a policy that has presented significant advances since its implementation of the Unified Health System (SUS), and the intersectoriality is focused as a possibility to effect the expanded conception of health. Based on these questions the objective of the study is to analyze the health policy and the intersectoriality in the housing policy of Ituiutaba/MG. Thus, the study is organized in a way that seeks to emphasize health policy and intersectoriality, and its relationship with housing in the Jardim Europa II residential area of Ituiutaba / MG. From the dialectical method, to a look at the totality of this complex reality, adopts the qualitative approach, having as participants the professionals involved in the work of the Residential. The results show that the limits are expressive and, above all, that the possibilities can be built by professionals with the users, having as reference the Professional Ethical-Political Project of the Social Service for access to social policies and the universal right to health.

Keywords: health policy. Social Work. intersectoriality. housing.

LISTA DE SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
FACIP	Faculdade de Ciências Integradas do Pontal
FAR	Fundo de Arrendamento Residencial
FCHS	Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileira de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PDST	Plano de Desenvolvimento Socioterritorial
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PET	Programa de Educação Tutorial
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas De Iniciação Científica
PMCMV	Programa Minha Casa, Minha Vida
PNH	Política Nacional de Habitação
PNHU	Programa Nacional de Habitação Urbana
PROER	Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Fortalecimento do Sistema Financeiro Nacional
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto de Trabalho Social
PTS-P	Projeto de Trabalho Social Preliminar
SEDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UNESP	Universidade Estadual Paulista

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fases de Execução	72
---	-----------

LISTA DE FOTOS

Foto 1 - Residencial Jardim Europa II, Ituiutaba/MG	41
Foto 2 - Moradias do Residencial Jardim Europa II, Ituiutaba/MG	58
Foto 3 - Trabalho Social com as famílias do Residencial Jardim Europa II	87

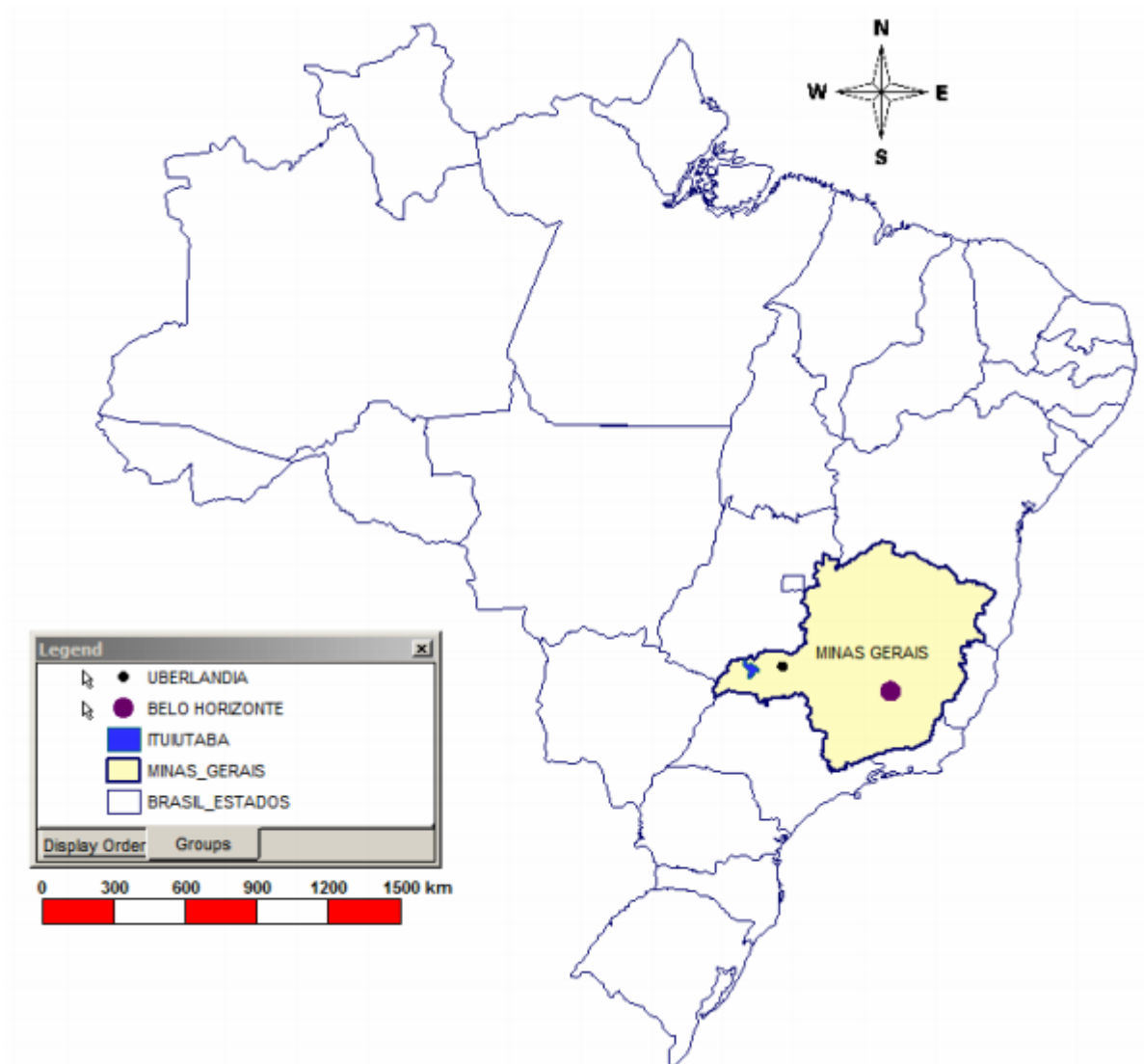
LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Localização da Cidade de Ituiutaba/MG.....	16
Mapa 2 - Localização de Ituiutaba na Microrregião.....	22

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	23
1.1 A Política de Saúde no Cenário Contemporâneo	23
1.2 A criação do Sistema Único de Saúde	31
CAPÍTULO 2 POLÍTICA DE SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE	42
2.1 Saúde Pública e Serviço Social	42
2.2 Serviço Social e a Intersetorialidade	52
CAPÍTULO 3 ATUAÇÃO INTERSETORIAL NA SAÚDE - HABITAÇÃO	59
3.1 A atuação profissional do Assistente Social da saúde na política de habitação	59
3.2 A intersectorialidade na relação entre a política de saúde e habitação	63
3.3 A intersectorialidade a partir dos olhares dos participantes	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE	
Apêndice A - Modelo de Questionário.....	99
Apêndice B - Modelo de Questionário.....	100
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101
ANEXO	
Anexo A - Declaração da instituição para autorização da realização da pesquisa.....	103
Anexo B - Comprovante Envio de Projeto ao CEP	104
Anexo C - Parecer Consubstanciado do CEP	105

Mapa 1 - Localização da cidade de Ituiutaba/MG



Fonte: (SANTOS, 2007, p. 6).

INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da pesquisa nasceu de vivências e inquietações durante a vida acadêmica na graduação em Serviço Social na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), de 2010 a 2014, no Campus de Ituiutaba/MG. As experiências no Programa de Educação Tutorial (PET), no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq) e no Estágio Supervisionado, influenciaram o modo de olhar a realidade e suscitavam vários questionamentos relacionados à saúde e a busca de respostas sobre os limites e avanços relacionados à intersetorialidade no município de Ituiutaba/MG.

A necessidade de uma formação profissional que reconheça os sujeitos como seres políticos e comprometidos com o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social, que trabalhem na erradicação da desigualdade social, na efetivação dos direitos sociais e no acesso às políticas públicas, foi à direção da formação profissional durante a graduação.

A criação do Curso de Serviço Social na Faculdade de Ciências Integradas do Pontal (FACIP) em Ituiutaba/MG no ano de 2009, foi determinante na perspectiva inovadora da UFU de democratização e expansão do ensino superior, em uma localização distante dos grandes centros. Especialmente, foi uma conquista expressiva para o município e sua região de abrangência, possibilitando a abertura de novos caminhos para a melhoria da qualidade de vida e do acesso a uma educação de qualidade, comprometida com as necessidades da sociedade.

Ituiutaba é um município do interior do estado de Minas Gerais, localizado na Região Sudeste do país. Sua população, de acordo com estimativas de 2016 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 103.945 habitantes em média.

A cidade é um polo regional, atendendo com serviços variados na região do Pontal do Triângulo Mineiro, sendo uma referência para os municípios de Capinópolis, Santa Vitória, Gurinhatã, Canápolis, Cachoeira Dourada de Minas e Ipiacu.

A UFU é um órgão público e tem como objetivo desenvolver ações comprometidas com o tripé da universidade – ensino, pesquisa e extensão, para produzir e disseminar conhecimentos e tecnologias e melhorar a vida da população. Nesta direção, sempre houve o incentivo dos docentes do Curso de

Serviço Social para a formação em pós-graduação, no sentido de ampliar a qualificação de profissionais, para atuação no município e sua região de abrangência. Esta motivação contribuiu para o desafio da continuidade na formação profissional.

A aprovação no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) – UNESP Campus de Franca/SP, fomentou o interesse da pesquisadora em aprofundar a relação da intersectorialidade em saúde, abrangendo aspectos relacionados à habitação, espaço sócio ocupacional de trabalho, e demais políticas públicas no município de Ituiutaba/MG.

Considerando-se a extensão do Brasil, e suas diversidades locais e regionais, a localização do município de Ituiutaba/MG, muitas vezes dificulta o acesso aos recursos científicos, tecnológicos, de informação entre outros, em geral centralizados nos grandes centros urbanos.

No entanto, este não foi um limite que impediu a pesquisadora de dar continuidade no processo de formação profissional. Este desejo foi motivado pela busca de respostas relacionadas à política de saúde no município de Ituiutaba/MG, os quais se estendem à população Tijucana, cujo nome oriundo do garimpo no Rio Tijuco meado de 1930, cidade conhecida na época como Arraial de São José do Tijuco. “A exuberância, a necessidade deste rio para abastecer a população urbana e rural, além da importância do mesmo na história proporciona até os dias atuais a denominação deste lugar, como ‘tijucano’.” (CASTANHO; SOUTO, 2014, p. 96).

O processo de formação da pesquisadora sempre procurou aprofundar a análise da realidade social, na perspectiva da totalidade. A participação como bolsista do PET, no segundo ano, com projeto voltado ao trabalho interdisciplinar, influenciou o interesse em estudar e analisar a política de saúde, priorizando questões associadas às condições de vida da população urbana e rural, por entender que além do espaço urbano, o rural tem sido afetado constantemente no que tange ao acesso a saúde.

A participação no PIBIC, em 2013, fomentou o interesse em discutir a saúde das mulheres de um assentamento na região de Ituiutaba/MG, que resultou no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Neste período, com o Estágio Supervisionado na área de habitação, permitiu o conhecimento das questões que

perpassam a saúde a partir da intersetorialidade, as quais articulam as questões ambientais, de habitação, às questões ligadas a saúde.

O exercício profissional, como assistente social da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Ituiutaba/MG, está vinculado ao setor de Pós-Ocupação por meio das atividades realizadas no Projeto de Trabalho Social, com as famílias beneficiadas pelo Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV). O trabalho desafia um olhar da totalidade e a perspectiva da intersetorialidade, uma vez que deve considerar as condições de saneamento, lazer, saúde, educação, habitação, as quais devem viabilizar a melhoria da qualidade de vida e o bem estar da população, a partir da articulação das políticas públicas.

É uma temática complexa que leva a questionamentos e fomenta o interesse em aprofundar a análise no âmbito do Serviço Social, associado às inquietações da pesquisadora sobre a efetivação das políticas públicas e a importância do trabalho intersetorial na atuação profissional.

O exercício profissional da pesquisadora, como assistente social no Setor de Habitação, no Residencial Jardim Europa II a partir de 2015, esteve voltado para o acompanhamento da estruturação de equipamentos sociais que atendem a comunidade por meio do trabalho social, realizado com as famílias no pós-ocupação, o qual busca estimular a autonomia das famílias recém-ocupadas por meio da articulação intersetorial. Esta experiência demonstrou que a intersetorialidade é fundamental no desenvolvimento da política de saúde e demais políticas sociais. Portanto, tem-se como objeto de estudo a política de saúde e a intersetorialidade, a partir do reconhecimento que o trabalho intersetorial é fundamental para a atuação do assistente social no cenário contemporâneo.

A intersetorialidade na política de saúde é uma estratégia evidenciada desde os anos de 1970, e indicada como prioridade para todos os governos no processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua vida, princípios enunciados na Declaração de Alma Ata em 1978 e na Carta de Ottawa de 1986, analisa Sarreta (2009). No Serviço Social, ressalta a autora, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade devem estar articuladas para a atenção integral em saúde, como estratégias que direcionam o trabalho do assistente social. Ainda, afirma que estas iniciativas visam à melhoria na qualidade da saúde “[...] superando a fragmentação das políticas públicas que se revelam na universidade, nos serviços e

na gestão, articulando os diferentes setores da sociedade (local e regional) na resolução de problemas.” (SARRETA, 2009, p. 26).

A intersetorialidade é vista como “[...] uma das estratégias mais utilizadas no processo de viabilização de direitos dos usuários das políticas públicas.” (RODRIGUES, 2011, p. 3) O autor refere à intersetorialidade como a articulação de saberes e experiências, que busca modificar o processo de precarização do acesso aos direitos, por meio do compartilhamento de responsabilidade.

Portanto, parte-se do pressuposto que a intersetorialidade é uma estratégia importante para a efetivação de direitos dos usuários na política de saúde, assim como, para a articulação de recursos, saberes, conhecimentos e experiências, buscando transformar o processo de precarização do acesso à saúde, por meio do compartilhamento de responsabilidades.

Desse modo, no processo de urbanização do PMCMV os moradores devem ter garantidas as condições de vida adequadas neste novo espaço, por meio dos equipamentos sociais no bairro que atendam as demandas relacionadas à saúde, educação, assistência social, moradia, lazer, entre outras. Sobretudo, que o exercício profissional do assistente social deve ter como perspectiva o trabalho intersetorial, conforme orienta os Parâmetros para a Atuação Profissional na Saúde (CFESS, 2010), visando ampliar as alternativas para a atenção integral à saúde de qualidade e humanizada.

A pesquisa tem como objetivo analisar a política de saúde e a intersetorialidade na política de habitação de Ituiutaba/MG.

Deste modo, o estudo está organizado de maneira que busque dar ênfase à política de saúde e intersetorialidade, e sua relação com a habitação no cenário do Residencial Jardim Europa II de Ituiutaba/MG. A partir do método dialético, para um olhar de totalidade desta complexa realidade, adota a abordagem qualitativa, tendo como participantes os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Esta organização considerou as sugestões da Banca de Qualificação, no sentido de delimitação do tema e do aprofundamento da reflexão entre – Política de Saúde, Serviço Social e Intersetorialidade.

O Capítulo 1 apresenta uma análise histórica da política pública de saúde no cenário contemporâneo, contemplando marcos políticos e legais que permitem refletir os avanços, os desafios, as tensões existentes no setor e os limites para o acesso ao direito universal à saúde; realiza uma análise crítica da intervenção do

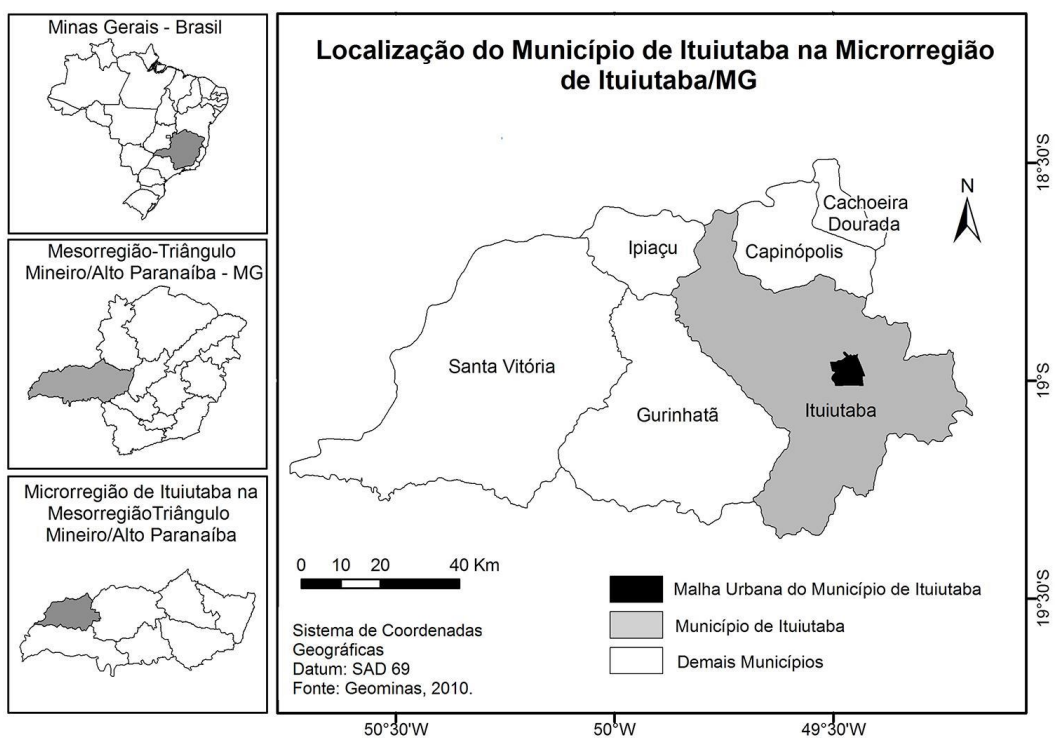
Estado e da precarização da saúde, bem como a influência dos determinantes sociais na saúde. E, destaca a disputa do Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, enfatizando a luta pela universalização e contra a fragmentação da saúde.

No Capítulo 2 faz referência a política de saúde e intersetorialidade, bem como a atuação do assistente social nestes setores, articulados ao Projeto Ético-Político da profissão, com evidência a prática interventiva, cuja ações norteadas pelos Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na saúde, que visem intermediar o acesso dos usuários as políticas públicas, como mediador de conflitos. Tornando necessário o rompimento com o conservadorismo, com estratégias que identifiquem a universalização de direitos, pelo distanciamento com a focalização. Proporcionando assim, uma participação social, que esteja ligada aos aspectos interdisciplinares e intersetoriais da política.

Por fim, o Capítulo 3 aborda aspectos relacionados à atuação do profissional assistente social à política de saúde e habitação, a partir da intersetorialidade, dando visibilidade aos olhares dos participantes da pesquisa, bem como as contribuições para construção de uma política de saúde traçada pela participação social, respaldada pelo Projeto de Reforma Sanitária. Apontando assim, as vivências da pesquisadora no Programa Minha Casa, Minha Vida, no Trabalho Social realizado com as famílias. E a importância de um trabalho que percorra estratégias intersetoriais, mas que discutam aspectos presentes nas tensões ocasionadas pela hierarquização de poder.

Os resultados evidenciam que o desenvolvimento do trabalho intersetorial na saúde com as demais políticas sociais, requer o planejamento conjunto para definir o caminho a ser percorrido pelos profissionais. Sobretudo, a atuação intersetorial requer o esforço do diálogo de diferentes áreas e profissões, e deve ter como referência o Projeto Ético-Político Profissional e o investimento nas relações entre as profissões e entre os usuários.

Mapa 2 - Localização de Ituiutaba na Microrregião



Elaboração dos autores.

Fonte: Costa e Martins (2014, p. 319).

CAPÍTULO 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

1.1 A Política de Saúde no Cenário Contemporâneo

A política de saúde começa a ser questionada a partir da adoção do modelo capitalista no século XIX, diante das transformações no modo de vida da população, na política, na economia e no adoecimento da classe trabalhadora, retratando um reflexo do agravamento da questão social e exigindo a intervenção do Estado.

Segundo Yamamoto (2013, p. 330) a questão social,

[...] é indissociável da sociabilidade da sociedade de classes e seus antagonismos constituintes, envolvendo uma arena de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas, com o selo das particularidades nacionais, presidida pelo desenvolvimento desigual e combinado, onde convivem coexistindo temporalidades históricas diversas.

Conforme Lorrainy Mendes (2014), as políticas públicas vinculam-se a atenção mínima do Estado em atender as demandas advindas das expressões da questão social determinadas nas relações sociais. A finalidade destas políticas é compreendida no conceito de implementar, avaliar e executar numa perspectiva das relações entre Estado, política, economia e sociedade, pensar a política no âmbito social. Assim, “[...] conceituar as políticas públicas pressupõe uma capacidade mínima do Estado de conseguir planificar suas ações, seja do ponto de vista técnico da gestão ou do ponto de vista político.” (CARVALHO, L. H., 2013, p. 25).

Ao contextualizar historicamente a política de saúde no Brasil, verifica-se que com a industrialização nos anos de 1930 houve o aprofundamento das desigualdades sociais e da exploração da classe trabalhadora. Neste período, a saúde estava condicionada apenas aos trabalhadores com registro em carteira, que contribuíam vinculados a previdência social.

O caráter conservador do projeto neoliberal se expressa, de um lado, na *naturalização do ordenamento capitalista e das desigualdades sociais a ele inerentes tidas como inevitáveis, obscurecendo a presença viva dos sujeitos sociais coletivos e suas lutas na construção da história*; e, de outro lado, em um *retrocesso histórico* condensado no *desmonte das conquistas sociais acumuladas, resultantes de embates históricos das classes trabalhadoras, consubstanciadas nos direitos sociais universais de cidadania, que têm no Estado uma mediação fundamental. As conquistas sociais acumuladas são transformadas em problemas ou dificuldades, causa de fatos sociais excedentes, que se contrariam na raiz da crise fiscal dos Estados.* (IAMAMOTO, 2009, p. 163, grifo do autor).

Portanto, Iamamoto (2009) enfoca que a intervenção do Estado no atendimento às necessidades sociais é transferida ao mercado e à filantropia, como alternativas aos direitos sociais.

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

Conforme Bravo e Matos (2009) a política de saúde no Brasil surge como questão social a partir do século XX. Retrata ainda que, com a Reforma Carlos Chagas buscou-se a extensão dos serviços de saúde pelo país, neste período foram elencadas questões adjacentes à higiene e a saúde do trabalhador, constituindo assim as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com a Lei Elói Chaves em 1923.

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2009, p. 90).

Neste sentido, o papel do Estado estava voltado para a manutenção da ordem social em benefício do capital, e os problemas de saúde tornam-se públicos a partir da organização do movimento operário.

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no Século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30. (BRAVO, 2009, p. 89-90).

Com o reflexo da economia, na década de 1930, a saúde conforme Lorrainy Mendes (2014), em um viés de transformação na política e na economia, passa a

ser questionada e está associada ao interesse do setor privado. Com o processo de industrialização, torna-se necessário reposicionamento do Estado frente às reivindicações da classe trabalhadora, originando assim, as políticas sociais.

No Brasil, a saúde começou a ser 'questionada' na década de 1930. A partir da economia capitalista, pautada em transformações na política e na economia, a qual retrata um reflexo da questão social e torna-se uma dinâmica questão política, embasada na intervenção do Estado e atendendo condições referentes ao mínimo de qualidade sanitária, baseada apenas no setor privado. (MENDES, L. D., 2014, p. 37).

Nos anos de 1930, a saúde conforme Simões (2010) é incentivada pelo sistema sindical voltado aos trabalhadores, o qual transformou as Caixas de Aposentadorias em Institutos de Aposentadorias e Pensões, “[...] com representação tripartite (empregadores, trabalhadores e governo).” (SIMÕES, 2010, p. 126), que visava assegurar aos trabalhadores um plano de saúde.

A partir dos anos 1950, Bravo e Matos (2009) ressalta que corporações médicas articuladas aos interesses capitalistas, defendiam a privatização por meio do Estado, apesar dos serviços de saúde serem realizados pelos IAPs.

Ao analisar a Política Social, Behring e Boschetti (2010, p. 25), esclarecem que “[...] é revelador da interação de um conjunto muito rico de determinações econômicas, políticas e culturais [...]”, com tensões políticas e societárias além de formular, também cobrem as políticas sociais.

A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação. (BRAVO, 2009, p. 91).

A saúde rompe com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Tal mudança resultou o Plano Nacional de Saúde, que descentralizou a previdência e saúde, criando assim no ano de 1953, o Ministério da Saúde.

A política de saúde até meados da década de 1960, atendia o mínimo social principalmente às populações urbanas, a qual era dividida em saúde pública e medicina previdenciária, vista como ação curativa, menciona Bravo e Matos (2009). Nesta perspectiva, Bravo e Matos (2009) diz que com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), as reservas eram destinadas aos serviços voltados a previdência, impulsionando as demarcações entre a assistência e previdência social.

No bojo do período ditatorial, entre os anos de 1964 a 1985, a saúde tinha “Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, [...]” (BRAVO, 2009, p. 94) Ainda, o Estado idealizava a regulamentação do poder sobre a sociedade em um processo de repressão, objetivando a acumulação do capital. “Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços.” (BRAVO, 2009, p. 94)

Com o projeto liberal adotado pelo Estado a partir dos anos de 1970, que foi moldado a partir da redução da ação estatal, passou a ser priorizada a privatização dos serviços públicos com vistas aos interesses econômicos e políticos incorporados ao capital. Evidenciando a política social no período de 1974 a 1979, como principal fator atuante sobre o enfrentamento da questão social.

A atual desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais desloca a atenção à pobreza para a iniciativa privada ou individual, impulsionada por motivações solidárias e benemerentes, submetidas ao *arbítrio do indivíduo isolado, e não à responsabilidade pública do Estado.* (IAMAMOTO, 2009, p. 163, grifo do autor).

Iamamoto (2009, p. 163), menciona que a tramitação dos direitos para o setor privado gera um processo de ruptura com a universalidade dos direitos, tornando-se “[...] tendentes a aprofundar o traço histórico assistencialista e a regressão dos direitos sociais.”

Segundo Bravo (2009), a política de saúde integra às tensões existentes ao interesse do Estado, bem como a disponibilização de recursos, a presença de ações curativas meio a Previdência Social e a incidência do movimento de Reforma Sanitária.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde. (BRAVO, 2009, p. 94-95).

O projeto de Reforma Sanitária:

[...] vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2004, p. 206).

A incorporação da Reforma Sanitária para o Ministério da Saúde tem sido um fator tratado como desafio para saúde na atualidade, assim como intersetorialidade e a atuação em equipe, conforme retratado por Bravo e Matos (2004). Os autores enfatizam a fragmentação das políticas sociais, apesar dos avanços do Projeto da Reforma Sanitária, já que estas continuam sujeitas à lógica neoliberal, onde a economia de mercado desvaloriza a concepção ampliada de Seguridade Social.

A crítica neoliberal sustenta que os serviços públicos, organizados à base de princípios de universalidade e gratuidade, superdimensionam o gasto estatal. Daí a proposta de reduzir despesas (e, em especial, os gastos sociais), diminuir atendimentos, restringir meios financeiros, materiais e humanos para implementação dos projetos. Programas focalizados e seletivos substituem as políticas sociais de acesso universal. Eles requerem *cadastro e comprovação da pobreza, como se ela fosse residual*, com todos os constrangimentos burocráticos e morais às vítimas de tais procedimentos. [...] A descentralização das políticas e programas sociais nem sempre é acompanhada de correspondente transferência de recursos. (IAMAMOTO, 2009, p.175, grifo do autor)

Após o período ditatorial nos anos 1980, Bravo (2009, p. 95) retrata “[...] um processo de democratização política, [...]”, ressalta que apesar desta democratização, o Brasil vivenciou uma crise econômica. Neste momento, a participação de novo sujeitos sociais, são fundantes com relação à discussão de propostas do governo entre a sociedade, afirmando a democracia, assumindo uma dimensão política. Neste cenário, autores como profissionais da saúde e entidades,

ênfatizaram a ampliação do debate referente à saúde e a democracia. Foram debatidas propostas de:

[...] universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009, p. 96).

Este processo fomentou mudanças na organização que foi vivenciada nos anos 1980, a partir de uma democratização, por meio da qual passaram a existir “novos sujeitos”, reflete Bravo e Matos (2009).

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. (BRAVO, 2009, p. 95).

“A Reforma do Estado ou Contra-Reforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente.” (BRAVO, 2009, p. 100) Tornando o Estado, conforme a autora, regulador e promotor, propiciando a formação de uma esfera pública não estatal, atuando indiretamente no desenvolvimento econômico e social, transferindo ao setor privado suas competências. As ideias neoliberais são responsáveis pelo sucateamento da saúde, da educação, dos direitos sociais, trabalhistas, pelo desemprego estrutural, precarização do trabalho e da previdência pública.

Com este posicionamento do Estado, a proposta inicialmente apresentada pela Política de Saúde com o movimento de Reforma Sanitária em 1980, segundo Bravo e Matos (2009) está sendo desconstruída, enfatizando a privatização da saúde, vinculada ao mercado e a terceirização desta.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. (BRAVO, 2009, p. 100).

A falta de fiscalização, da regulamentação dos princípios, da má distribuição e gestão dos recursos presentes no Sistema Único de Saúde, faz com que esteja distante da integralidade, comprometendo os avanços do SUS, levando a conclusão de que além de se gastar mal, também se gasta pouco em saúde.

É importante ressaltar que o acesso à saúde só se efetiva, enquanto política legalmente pública e universal a todos os brasileiros, após a constituição de 1988. Até então, o seu acesso era destinado aos que tinham carteira assinada, os demais, que não tinham condições de pagar por este atendimento, ficavam a mercê da caridade, realizada, na maioria das vezes, pelas Santas Casas de Misericórdia; eram considerados como indigentes, sem nenhum direito garantido que lhes facultasse um atendimento na área da saúde. (SILVA, 2011, p. 95).

Consta-se que “[...] dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 90.” (BRAVO, 2009, p. 101). O Projeto de Reforma Sanitária:

[...] tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde.

O projeto saúde, articulado ao mercado, ou a 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; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. (BRAVO, 2009, p. 101).

A universalidade de direitos é fundante para o SUS conforme previsto pelo projeto de reforma sanitária, e neste cenário percebe-se uma política estabelecida pelo governo Lula contínua as propostas do antigo governo, a qual as políticas sociais são dependentes da economia, ocasionando a fragmentação, distante da integralidade, que impulsiona a privatização da política de saúde.

Afirma Bravo e Matos (2009) que a saúde, assistência social e previdência, mantiveram independentes e distantes da seguridade social.

A saúde tem, assim, o desafio de incorporar o processo educativo ao cotidiano de trabalho. Dessa perspectiva, a educação permanente estimula a reflexão no mundo do trabalho e pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência, incorporando nas ações de saúde os princípios e valores do SUS – da integralidade da atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços

de saúde. A construção desse aprendizado é necessária para um novo modo de fazer saúde. (BERTANI; SARRETA, 2009, [p. 4]).

É importante a análise de Pimentel (2012, p. 125-126) sobre a questão social que comporta variáveis interpretações, a qual vem aderindo novas expressões a partir da flexibilização estrutural do trabalho cita que esta, expõe “[...] o fenômeno da precarização desencadeada pelo processo global de reestruturação capitalista [...] levando à vulnerabilidade das massas.”

Desse modo, o Estado atua a partir dos interesses referentes à acumulação do capital e as reivindicações da classe trabalhadora. Conforme apresentado por Yazbek (2014, p. 96-97) “O Estado é o garantidor do cumprimento dos direitos, responsável pela formulação das políticas públicas, expressando as relações de forças presentes no seu interior e fora dele.”

Portanto, no Brasil, para entender a implantação das políticas públicas, na tentativa de minimizar os aspectos negativos ocasionados pelo capitalismo, é indispensável, aponta Lívia Carvalho (2013), a necessidade em acompanhar as questões relacionadas ao capital, na perspectiva de que o referido capital visa apenas acumulação, com o intuito de entender o modo pelo qual o Estado aborda a desigualdade. A autora analisa a relação do capital à desigualdade de:

[...] acompanhar a relação de estágio de acumulação do capital e as formas de exploração do trabalho é imprescindível à compreensão de como, no Brasil, o Estado trata a questão da desigualdade e, conseqüentemente, a implantação de políticas públicas para a minimização dos efeitos nefastos do capitalismo. (CARVALHO, L. H., 2013, p. 27).

Um dos marcos da saúde no Brasil, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que aconteceu no ano de 1986, conforme o Relatório Final na Conferência o tema “Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial.” (CONFERÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE, 1986) Foram destacadas, segundo Ravagnani (2010) o controle social, participação de partido, intelectuais e lideranças, relacionando fatores que são categóricos nas condições de vida com a percepção de saúde/doença.

1.2 A criação do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) – Lei n. 8080/90 (BRASIL, 1990a), é um sistema descentralizado e hierarquizado neste, existem estratégias de atendimento que conforme apresentado na Cartilha Entendendo o SUS do Ministério da Saúde

[...] para cada tipo de enfermidade há um local de referência para o serviço. A entrada ideal do cidadão na rede de saúde é a atenção básica (postos de saúde, equipes de Saúde da Família, etc.). Um segundo conceito básico do SUS é a hierarquização da rede. O sistema, portanto, entende que deve haver centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços. Quanto mais complexos os serviços, eles são organizados na seguinte sequência: unidades de saúde, município, polo e região. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c, p.13).

A 8ª CNS (1986) é considerada um dos marcos da saúde no Brasil, pois a saúde passa a ser reconhecida como direito universal e dever do Estado. Segundo Simões (2010, p. 128) “[...] o sistema único, desvinculado da Previdência Social, deveria centralizar as políticas governamentais para o setor e, [...] regionalizar o gerenciamento da prestação de serviços, priorizando o setor público e universalizando o atendimento.”

A Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990 “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 1990a), no artigo 1º e 2º diz que:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.
Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (BRASIL, 1990a).

São considerados como objetivos do SUS, postos na LOS 8080/90 que regulamenta os serviços de saúde:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990a).

Nota-se que com a criação do SUS os avanços são consideráveis, mas ainda não é acessível a todos, o que prejudica o acesso a saúde e também a gestão destes equipamentos de saúde.

O SUS é estruturado pela *regionalização*, que é sua adequação às diferenças regionais, em vez de sua efetivação linear e igualitária; pela *hierarquização* de suas diversas instâncias operacionais, estruturadas segundo o grau das respectivas responsabilidades, sob comando único; e pela *integração* dessas em nível nacional, estadual e municipal. É *descentralizado*, pois deve malear-se por diversos níveis de direção administrativa, a começar pelo municipal. E deve assegurar o atendimento integral, independentemente da doença, com realce nas medidas preventivas. (SIMÕES, 2010, p. 131, grifo do autor).

Estes problemas são decorrentes da falta de financiamento adequado, sucateamento da saúde, falta de profissionais, condições inadequadas de trabalho. Para Simões (2010), há uma deficiência nas práticas de promoção e prevenção na saúde, assim como na formação dos profissionais.

Não é o sistema, entretanto, que não funciona bem. É que depende diretamente de recursos e das políticas econômicas. As condições de emprego, habitação, alimentação, educação, lazer e transporte interferem intensamente no elevado grau de doenças da população. Nessas condições, os orçamentos públicos a ele destinados são insuficientes. (SIMÕES, 2010, p. 139).

Apesar dos avanços com a universalização e unificação do sistema de saúde, o SUS tem encontrado problemas para sua efetivação. Nos anos de 1990, “[...] iniciou-se um processo de desmonte das políticas públicas de saúde e de minimização do Estado, transferindo suas responsabilidades para a sociedade civil (organizações sociais e entidades filantrópicas).” (SIMÕES, 2010, p. 129). A orientação neoliberal para a política de saúde, comprometeu o projeto que inspirou a construção do SUS.

Sob o influxo das ideias neoliberais, o Estado passou a assumir, apenas, o papel de promotor e regulador dessas políticas, incentivando o desenvolvimento de uma esfera pública não estatal, situada na sociedade civil e, por isso, fortemente incentivada pela lógica da administração privada e da contabilidade empresarial. (SIMÕES, 2010, p. 129).

A saúde reconhecida como direito universal, tem na Lei Orgânica de Saúde de n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), a regulamentação da participação e do controle social, instituindo à sua estrutura os conselhos e as conferências nos três níveis de governo.

O SUS, apesar de ser um exemplo mundial de organização da saúde da população, ainda depende de um programa de valorização dos médicos e das equipes multiprofissionais e de apoio administrativo, melhores salários, jornadas de trabalho adequadas e incentivo à atualização científica permanente. (SIMÕES, 2010, p. 141).

Bravo e Menezes (2011, p. 33) analisam que:

Fiéis às lutas e aos princípios da Reforma Sanitária brasileira que concebeu a saúde como direito de todos e dever do Estado e ampliou a concepção de saúde para melhores condições de vida e trabalho, ou seja, ênfase nos determinantes sociais, a Frente se posiciona contra a privatização da saúde e em defesa da saúde pública estatal e universal, procurando articular as lutas no campo da saúde a um novo projeto societário. [...] a defesa e luta pela saúde pública estatal - que além de possível, mostra-se necessária - como demanda real das classes subalternas e como instrumento estratégico com vistas à criação de uma outra ordem societária, sem dominação econômica, social e política.

É preciso pensar política pública além da intervenção do Estado em uma perspectiva social, o que remete a seguinte reflexão:

[...] penso a política pública como uma forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade, entendida aqui num sentido amplo, que inclui as relações sociais travadas também no campo da economia. Penso, também, que é exatamente nessa interação que se definem as situações sociais consideradas problemáticas, bem como as formas, os conteúdos, os meios, os sentidos e as modalidades de intervenção estatal. (DI GIOVANNI, 2009, [p. 4-5]).

Um dos avanços constituídos com a saúde, é que está elencada no tripé da Seguridade Social que estende à saúde, assistência social e previdência social, avanços alcançados com a Constituição de 1988. Entretanto, “[...] apesar de alguns avanços, permanece o fosso das desigualdades. As ações eram voltadas para campanhas de erradicação de doenças e 40 milhões de brasileiros não tinham nenhum acesso aos serviços de saúde.” (SILVA, 2011, p. 98). Ainda, conforme a autora, “[...] a saúde entendida na perspectiva de várias causalidades não se efetiva a não ser mediante políticas sociais e econômicas que possam melhorar suas condições no sentido amplo, e que proporcione vida digna para todos.” (SILVA, 2011, p. 106).

O SUS é implantado baseado nos seguintes princípios: da universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação popular. Portanto, legalmente há a garantia da saúde via constitucional e que seu acesso tem de ser público e gratuito a qualquer cidadão, sem distinção de raça, etnia, gênero ou classe social. É o reconhecimento de que todos têm direito de

usufruir dos atendimentos, bem como dos avanços tecnológicos para diagnósticos e tratamentos com tecnologia de ponta construídos por esta sociedade. A saúde precisa ser um bem que esteja acessível para todos. (SILVA, 2011, p. 107) .

A partir da Constituição de 1988 a saúde é garantida como direito de todos e dever do Estado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), tem caráter universal e integral, o que o distancia da desigualdade.

Com todos estes momentos e processos, a saúde teve fatores marcantes e fundamentais, os quais buscaram dar a esta visibilidade, delineada como direito, com a realização da 8ª Conferência cujo tema central I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III Financiamento Setorial, que resultou na articulação entre sociedade, cujas proposições apontadas no Sistema Nacional de Saúde, associada à criação de um Sistema Único de Saúde por meio do Plano de Reforma Sanitária.

A Constituição Federal de 1988 instaurou como forma de afirmar e enfrentar as desigualdades sociais, a partir da efetivação de direitos, introduzindo “[...] avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.” (BRAVO, 2009, p. 96-97). Saúde como direito universal e dever do Estado, bem como a constituição do Sistema Único de Saúde, são um dos principais aspectos que norteiam a saúde, previstos pelo movimento de Reforma Sanitária. A constituição afirma as ideias defendidas pelo Projeto de Reforma Sanitária, cita Bravo e Matos (2009), no qual defende a politização da saúde.

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção. (BRAVO, 2009, p. 98).

Bravo e Matos (2009), menciona que apesar dos avanços e a implementação do Projeto de Reforma Sanitária, a burocratização induz ao questionamento e ineficácia da saúde, tende a afastar a população, despolitizando o processo universal da saúde, e que este projeto de Reforma se divide em momentos reformador e ora revolucionário, que visa a saúde da população.

Considera – se que a construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da Saúde que deveria ser viabilizado na década de 90. (BRAVO, 2009, p. 99).

Mesmo com os avanços apresentados pela saúde, a ausência do Estado, protagoniza o retrocesso na saúde pública, dimensionado pela Política de Ajuste Neoliberal. Afirma Bravo e Matos (2009) que são notórios os ataques do capital, que implicam a ignorar a proposta de Seguridade Social, elencada aos avanços da Constituição, no que tange à proteção social e ao atendimento das demandas da classe trabalhadora (CFESS, 2010) está elencada pelo tripé saúde, assistência social e previdência.

A Seguridade Social, CFESS (2010) está associada aos direitos sociais, o qual se destaca a universalização, é enfatizado as responsabilidades do Estado, bem como “[...] o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais.” (CFESS, 2010, p. 17).

Conforme apresentado na Carta de Maceió elaborada no XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS, em 2000, a qual enfatiza a defesa da política de Seguridade Social, apesar de estar enfatizada a proposta focalista e privatista, conforme CFESS (ENCONTRO NACIONAL CFESS/CRESS, 2000), que vai contra ao processo de redemocratização, por meio de uma socialização da política, dentro de uma gestão e controle social, “Reafirmam, ainda, sua concepção de seguridade, entendida como um padrão de proteção social de qualidade, com cobertura universal para as situações de risco, vulnerabilidade ou danos dos cidadãos brasileiros.” (ENCONTRO NACIONAL CFESS/CRESS, 2000, p. 29).

A Seguridade Social, mantém-se no processo neoliberal que se opõe ao processo democrático previsto pela Constituição, destituindo a cidadania.

A seguridade social é, sobretudo, um campo de luta e de formação de consciências críticas em relação à desigualdade social no Brasil, de organização dos trabalhadores. Um terreno de embate que requer competência teórica, política e técnica. Que exige uma rigorosa análise crítica da correlação de forças entre classes e segmentos de classe, que interferem nas decisões em cada conjuntura. Que força a construção de proposições que se contraponham às reações das elites político-econômicas do país, difusoras de uma responsabilização dos pobres pela sua condição, ideologia que expressa uma verdadeira indisposição de abrir

mão de suas taxas de lucro, de juros, de sua renda da terra. (ENCONTRO NACIONAL CFESS/CRESS, 2000, p. 31).

A implantação do SUS nos anos de 1990, apesar de sua efetivação e avanço, tem confrontado com o projeto neoliberal, ou seja, modelo econômico consolidado no Brasil, que segue contra ao projeto profissional hegemônico do Serviço Social, por ser um projeto privatista que vai contra o projeto de reforma sanitária (BRAVO; MATOS, 2004), e tem sido responsável pelo sucateamento da saúde e educação, o que afetou o avanço do SUS como política social.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A Saúde fica vinculada ao mercado, [...].
[...]
Constata-se que, além de se gastar mal, também se gasta pouco em saúde [...]. (BRAVO, 2009, p. 100-101).

Neste cenário, o SUS tem enfrentado problemas, que dificultam a sua efetivação, decorrentes do enxugamento do papel do Estado, desde o governo Collor (1990-1992), que visava uma extensa redefinição do Estado, o que tirou sua responsabilização com a política pública de saúde, minimizando a atenção integrada ao social.

O início, no governo Collor de Melo, do processo de enxugamento do Estado – processo de radicalização por Fernando Henrique Cardoso, já em segundo mandato - objetivando, na defesa do estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital, limitar a ação e gastos do Estado na sustentação das condições próprias de reprodução da força de trabalho, implicou a redução, ao limite, dos investimentos públicos na área social, o que contribuiu e vem contribuindo para obstaculizar a implementação das condições necessárias para o estabelecimento do SUS no país. (VASCONCELOS, 2003, p. 136).

O CFESS (ENCONTRO NACIONAL CFESS/CRESS, 2000) enfoca na Carta de Maceió que cabe ao assistente social a luta constante com os questionamentos para a garantia de melhores condições de vida, a partir da democratização do Estado e da sociedade. Neste encontro as orientações para que a seguridade social distancie da ambiguidade, tornando-a pública, são:

1. Manter uma posição firme contra a perspectiva da focalização, denunciando publicamente propostas restritivas do acesso aos direitos constituídos;
2. Denunciar o desvio de recursos da seguridade social para a sustentação da política macroeconômica regressiva do governo federal, a exemplo do PROER, do FEF e do pagamento das dívidas interna e externa, que cresceram exponencialmente para subsidiar os especuladores, os

- grandes beneficiários deste Estado máximo para o capital e mínimo para os trabalhadores, enunciado pelo neoliberalismo;
3. Interferir na definição dos orçamentos, junto aos demais atores da sociedade civil com compromissos democráticos, no sentido de assegurar recursos para a seguridade social e que tais recursos sejam de uso exclusivo da mesma;
 4. Superar a fragmentação setorial engendrada à revelia do princípio constitucional da seguridade social, a partir de sua tematização por meio dos eixos da gestão, controle social e financiamento e de propostas no sentido da articulação das três políticas;
 5. Apontar para um conceito mais amplo de seguridade social, que incorpore outras políticas sociais, constituindo um verdadeiro padrão de proteção social no Brasil;
 6. Manter a inserção nos espaços de controle social, com vistas a assegurar os princípios da universalidade, da cidadania, da democracia e da justiça social, obter informações relevantes para a luta social e promover a articulação política no âmbito da sociedade civil. A intervenção nos Conselhos e Conferências requer a construção dos Fóruns, com o objetivo de definir as propostas e estratégias do campo democrático e popular nessas instâncias.
 7. Desenvolver um trabalho profissional que fortaleça junto aos usuários a noção de direito social, e a possibilidade da ação coletiva dos mesmos em sua defesa. (ENCONTRO NACIONAL CFESS/CRESS, 2000, p. 32-33).

A Carta prevê a inclusão e fortalecimento de todos os direitos, como educação, saúde, trabalho, moradia, dentre outros defendidos pela Constituição, tornando-se visível as controvérsias a forma como é concedida à Seguridade Social, arraigada às disputas políticas, resultando assim as políticas sociais oriunda dos conflitos e conquistas da classe trabalhadora.

Em 2001, foi criada a Política Nacional de Humanização, discutida na 11ª Conferência Nacional de Saúde, cujo objetivo promover atendimento humanizado na saúde, voltado à centralidade dos sujeitos no SUS, a qual “[...] permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais no processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão.” (CFESS, 2010, p. 50).

Bravo e Matos (2009) menciona a existência de aspectos significativos como a atenção ao Projeto de Reforma Sanitária e a apresentação de representações na saúde, como a criação de secretarias, proporcionando a formação de recursos humanos, convocação da 12ª Conferência, articulação com o Conselho Nacional de Saúde, buscou fortalecer o controle social através das conferências.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) teve como objetivo definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo e as principais diretrizes a serem incorporadas ao sistema de saúde. Como estratégia central da mesma foi ressaltada a necessidade de equacionar os graves problemas do SUS com destaque para a área de recursos humanos e qualidade dos serviços. Como instrumento de mobilização da conferência foi elaborado um documento preliminar a ser discutido nas conferências

municipais e estaduais contendo dez (10) eixos temáticos: Direito à Saúde; A Seguridade Social e a Saúde; A Intersetorialidade das Ações de Saúde; As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS; A Organização da Atenção à Saúde; O Trabalho na Saúde; Gestão Participativa; Ciência e Tecnologia e a Saúde; O Financiamento do SUS; Informações, Informática e Comunicação. (BRAVO, 2009, p. 103).

Apesar da configuração da retomada do Projeto de Reforma Sanitária no Governo Lula, percebe-se que “A convocação da conferência, a partir do exposto, não conseguiu ser um mecanismo de democratização da política de saúde.” (BRAVO, 2009, p. 104).

Neste momento,

Como *aspectos de continuidade* da política de saúde dos anos 90, ressalta-se no atual governo a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, como já foi sinalizado. (BRAVO, 2009, p. 104, grifo do autor).

Como exemplificação dessas estratégias o Programa de Saúde da Família (PSF), alocado na atenção básica da saúde é simplificado ao atendimento das populações carentes, enfatizando a focalização das ações em saúde, é visível que a saúde precisa ser reestruturada a fim de garanti-la a todos em um princípio de universalidade.

Outro aspecto que está relacionado mais diretamente com a precarização e terceirização dos recursos humanos refere-se a ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde e a inserção de outras categorias que não são regulamentadas: auxiliar e técnico de saneamento, agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental. A incorporação dos agentes comunitários de saúde na equipe do PSF já foi polêmica gerando diversos debates centrados na ausência de regulamentação da profissão como também da imprecisão de suas funções, da precarização das contratações e da falta de concurso público para a seleção dos mesmos que têm sido realizada, na maioria dos casos, com base em indicações político partidárias. Uma primeira questão relativa a esse debate já foi resolvida, ou seja, a profissão já teve sua regulamentação mas as demais não. A contratação dessas outras categorias sem equalizar as questões referentes aos agentes comunitários é inaceitável. (BRAVO, 2009, p. 105).

“A questão do desfinanciamento é a mais séria, pois está diretamente articulada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, de precarização e terceirização dos recursos humanos.” (BRAVO, 2009, p. 105) A autora relata que o SUS não tem perpassado por seu processo de universalização das ações, financiamento e política nacional e humana, concluindo assim que o SUS real está distante do SUS constitucional.

Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou. (BRAVO, 2009, p. 106-107).

Apesar do resgate ao projeto de reforma Sanitária no governo Lula, segundo Bravo e Matos (2009), pensava-se que este governo fortaleceria o SUS constitucional, no entanto é inegável o debate entre o movimento de reforma sanitária e o movimento privatista, este último tem se expandido, afastando da perspectiva universalista, voltando ao mercado. “Considera-se que a proposição de políticas focalizadas é a ‘anti-política’ social, na medida em que permite a ‘inclusão’ não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza.” (BRAVO, 2009, p. 107).

O Projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado. Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema. (BRAVO, 2009, p. 107).

O 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde realizado em Brasília, 2005, foi culminante à política de saúde no projeto de reforma sanitária, o qual teve como destaque aspectos engendrados na política de proteção social universal, defesa intransigente do SUS:

- Definição de uma Política Nacional de Desenvolvimento que garanta uma redistribuição de renda de cunho social;
- Defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal;
- Defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização;
- Retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social mas, imediatamente, regulamentar a Emenda Constitucional;
- Cumprimento da deliberação do Conselho Nacional de Saúde “contrária a terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo das Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivos idênticos;
- Avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários. (BRAVO, 2009, p. 108).

A implementação do SUS, portanto, enfrenta o processo de contramão do projeto neoliberal, visto “[...] como solução parcial da crise capitalista, o neoliberalismo visa a reconstituição do mercado, reduzindo ou até eliminando a intervenção social do Estado em diversas áreas e atividades.” (MONTAÑO, 2002, p. 2). Evidencia-se um

retrocesso dos direitos garantidos e notadamente inclusos no Sistema Único de Saúde, instituindo a necessidade de articular as reformas institucionais, no âmbito da união, estados e municípios.

Diante deste retrocesso, algumas alternativas foram implantadas, como o Pacto pela Saúde em 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a), a fim de alcançar eficiência e qualidade no SUS para atender as demandas da população, englobando o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

A implantação do Pacto pela Saúde,

[...] possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, p. 7-8).

Em uma pesquisa realizada na rede pública de saúde no município do Rio de Janeiro, Vasconcelos (2003) aponta questões colocadas nas verbas do SUS, que são distribuídas a partir do atendimento e não distribuídas pela população de cada município, o que o leva a uma melhoria na universalização do atendimento.

É visível o colapso da política de saúde, na atual conjuntura, regido pelo governo Temer, que tem proporcionado marcas destrutíveis, inviabilizando a Constituição, com “[...] a redução de recursos para saúde, supressão de direitos trabalhistas e previdenciários e a coerção contra livre expressão de pensamento crítico.” (ROCHA, 2016, p. 3). Por meio da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241, que visa o congelamento dos gastos públicos, principalmente com saúde e educação, por um período de 20 anos. O que é considerado para Batalha e Dominguez (2016), um esvaziamento da Reforma Sanitária, percebe-se um retrocesso no papel do Estado frente ao SUS, no que tange principalmente à população empobrecida.

Foto 1 - Residencial Jardim Europa II, Ituiutaba/MG



Fonte: Laterza Construções ([2017]).

CAPÍTULO 2 POLÍTICA DE SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE

2.1 Saúde Pública e Serviço Social

A política social é resultado da relação entre o Estado e a classe trabalhadora, assim:

[...] é reconhecido que a existência de políticas sociais, é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se. Evidentemente que não desde os seus primórdios, mas quando se tem um reconhecimento da *questão social* inerente às relações sociais nesse modo de produção, *vis à vis* ao momento em que os trabalhadores assumem um papel político e até revolucionário. (BEHRING, 2009, p. 14, grifo do autor).

A saúde considerada como política de proteção social analisa Mota (2009), é resultado das lutas pelo trabalho, o qual torna a seguridade social, dependente do processo de socialização política da conquista dos trabalhadores e das estratégias do capital.

O debate do Serviço Social na saúde “[...] vem acompanhado de uma referência ao projeto da reforma sanitária e ao projeto ético-político profissional, por mais que, muitas das vezes, não explicitamente.” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 207) A profissão tem contribuído de modo significativo para o acesso da população à política pública de saúde, o que requer o reconhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política de inclusão social, pois se “[...] constituiu a maior política de inclusão social da história de nosso país.” (MENDES, E. V., 2013, p. 28).

O SUS é considerado um dos principais avanços de política pública no Brasil, conquistado por meio do Movimento da Reforma Sanitária visando os objetivos da integralidade e da democratização da saúde.

As políticas públicas, segundo tais objetivos, são de duas espécies: as que regulam atividades econômicas de interesse público (estatais e privadas), visando atender a demandas sociais gerais (energia, transporte, etc.), e as que implementam os direitos sociais (demandas sociais específicas) (dentre elas as políticas socioassistenciais). (SIMÕES, 2010, p. 290).

A expansão do Serviço Social no Brasil ocorre a partir dos anos de 1940. Neste momento, na conjuntura mundial se debate um novo conceito elaborado pela Organização Mundial de Saúde, o qual passa a requisitar outros profissionais, sendo

que este conceito oriundo do agravamento das condições de saúde apresentadas, realizando um trabalho de saúde na perspectiva educativa e preventiva (BRAVO; MATOS, 2004, p. 28).

Isto vai permitir a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde. “O assistente social enfatizou a prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 29). Neste período, os autores enfatizam que o assistente social atua como intermediador entre instituição e população, na tentativa de viabilizar os serviços de saúde ao acesso dos usuários.

Nos anos de 1960, em especial no pós-1964 com o fim do regime ditatorial, o Estado vai intervir na questão social “[...] por meio do binômio repressão-assistência, burocratizando e modernizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime.” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 27).

Ao Serviço Social “[...] após o período ditatorial, houve uma ruptura ao conservadorismo, estabelecendo uma condição política, no projeto profissional.” (PAULO NETTO, 2009, p. 150). A profissão passa a questionar, por meio do debate do projeto conservador a qual era submetida, intensificando até a década de 1980, onde há uma “[...] recusa e a crítica ao *conservadorismo* profissional.” (PAULO NETTO, 2009, p. 148, grifo do autor).

Reivindicava-se a universalização do acesso aos serviços públicos de saúde, considerada direito social e dever do Estado; a descentralização da política de decisões para a esfera estadual e municipal; um sistema unificado de saúde, com a finalidade de reordenar o setor e reinterpretar e assegurar as demandas de saúde em nível individual. (SIMÕES, 2010, p. 128).

Nesta perspectiva, o Serviço Social tem atuado como mediador das expressões da questão social na saúde, tendo como papel a busca pela saúde como política pública universal para a inclusão social.

No entanto, a profissão na área da saúde nos anos de 1990 está ainda com uma “[...] incipiente alteração da prática institucional; continua, como categoria, desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão.” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 35).

Portanto, é importante a reflexão de Yamamoto (2009, p. 162) para os desafios postos ao Serviço Social no cenário contemporâneo:

Vive-se uma época de regressão de direitos e destruição do legado de conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa, quase religiosa, do mercado e do capital, cujo reino se pretende a personificação da democracia, das liberdades e da civilização. A mistificação inerente ao capital, enquanto relação social alienada que monopoliza os frutos do trabalho coletivo, obscurece a fonte criadora que anima o processo de acumulação em uma escala exponencial no cenário mundial: o universo do trabalho. Intensifica-se a investida contra a organização coletiva de todos aqueles que, destituídos de propriedade, dependem de um lugar nesse mercado, cada dia mais restrito e seletivo, que lhes permita produzir o equivalente de seus meios de vida. Crescem, com isso, as desigualdades e, com elas, o contingente de destituídos de direitos civis, políticos e sociais. Esse processo é potenciado pelas orientações (neo) liberais, que capturam os Estados nacionais, erigidas pelos poderes imperialistas como caminho único para animar o crescimento econômico, cujo ônus recai sobre as grandes majorias.

Os limites são expressivos para uma atuação profissional crítica. As pesquisas sobre o Serviço Social na saúde apontam que “[...] a prática da maioria dos assistentes sociais não se remete ao projeto hegemônico, mas está hipotecada aos condicionantes político-institucionais que limitam suas escolhas.” (VASCONCELOS, 2009, p. 253).

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração do trabalho institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (encaminhamento operacionalizado pela Reforma Sanitária) e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em saúde” (BRAVO, 1996). (CFESS, 2010, p. 25).

Neste sentido, na atuação coletiva nos aspectos que interferem no processo-saúde, “[...] o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação destes conhecimentos, articulados aos princípios do projeto da reforma sanitária e pelo projeto ético-político do Serviço Social.” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 43).

Os assistentes sociais atuam junto a sujeitos sociais que guardam, na sua história de vida, as dimensões universais e particulares da questão social. Questão social cujas expressões históricas e contemporâneas personificam o acirramento das desigualdades sociais e da pobreza na sociedade capitalista brasileira. (VASCONCELOS, 2009, p. 254).

Ao assistente social cabe planejar e realizar ações por meio de seus princípios e do seu objeto de ação, que na saúde deve ter como referência a seguridade social, “[...] no planejamento e na execução de *determinadas* estratégias e ações que o assistente social vai se formando e se transformando [...]. Ao mesmo tempo, vai assegurando o acesso e a ampliação dos direitos e do controle social.” (VASCONCELOS, 2009, p. 257, grifo do autor) A autora considera essencial na saúde, pensar o Serviço Social junto aos grupos e classe trabalhadora, por meio da valorização da demanda espontânea, cabendo aos assistentes sociais “[...] planejar e realizar ações assistenciais que contribuam para a promoção da saúde, a prevenção de doenças [...] para o fortalecimento da consciência sanitária e do controle social.” (VASCONCELOS, 2009, p. 260).

A direção dada pelos profissionais à prática na saúde tem demonstrado, com frequência, um desprezo pelas ações de educação e saúde, pela organização da participação no controle social dos serviços prestados, ou seja, pela participação dos trabalhadores na formulação e execução de políticas públicas e na elaboração de planos, programas e projetos municipais como garantido na lei. (FERREIRA et al., 2004, p. 48).

Em relação ao Serviço Social na saúde, apontam Bravo e Matos (2004), a necessidade da articulação com os demais trabalhadores, facilitando o acesso dos usuários à saúde, bem como garantir a participação da população, articulado com outras profissões em todo processo de efetivação ou construção de espaços democráticos na saúde.

Vasconcelos (2009, p. 246) afirma que os assistentes sociais na saúde adotam uma estratégia de organização e ação de seu trabalho que deve ser refletida, ou seja:

Esta forma de organização individual e coletiva do Serviço Social na saúde e a postura dos profissionais de se colocarem passivos, dependentes, submissos e subalternos ao movimento das unidades de saúde - às rotinas institucionais, às solicitações das direções de unidade, dos demais profissionais e dos serviços de saúde, aceitando ainda, como únicas, as demandas explícitas dos usuários - resultam numa recepção passiva das demandas explícitas dirigidas ao Serviço Social, o que determina a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado pelos assistentes sociais.

Portanto, é um desafio do Serviço Social a ruptura com o tradicionalismo, por meio do Projeto Ético-Político no cotidiano dos profissionais. Com base na organização e nas ações do trabalho, o Código de Ética do Assistente Social é de

extrema importância, conforme Ferreira et al. (2004, p. 55), o qual identifica como expressivo para a categoria e impulsiona a princípios que:

Ainda que não seja uma profissão exclusivamente da saúde, o código, ao se posicionar em favor da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática, referenda os ganhos constitucionais na Seguridade social.

Ainda, retrata os autores, no Código de Ética do Assistente Social que faz “[...] referência ao acesso universal, à integralidade das ações em saúde e, principalmente, à participação popular no controle social, uma das grandes conquistas da Constituição.” (FERREIRA et al., 2004, p. 72).

Os assistentes sociais que objetivam:

[...] romper com práticas conservadoras, não cabe reproduzir o processo de trabalho capitalista, alienante. [...] buscamos romper, através do trabalho e das relações sociais --, com as formas capitalistas de pensar e agir para empreender ações que, além de possibilitar acesso a bens e serviços, resulte num processo educativo; resulte num bem e não num produto a ser consumido. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar; de projetar; capacidade que não está dada, mas é algo a construir, a alcançar. (VASCONCELOS, 2009, p. 243).

Neste sentido, o Serviço Social na saúde deve construir estratégias que ampliem as possibilidades e busquem reforçar ou criar experiências democráticas e participativas, direcionadas pelo Projeto Ético-Político que respalda a profissão, tratando a saúde em uma perspectiva de direito social.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. (BRAVO; MATOS, 2004, p. 213).

É preciso conhecer os avanços da política pública de saúde e as dificuldades encontradas no cenário contemporâneo, como condição para a atuação do assistente social na saúde. Portanto, é fundamental reconhecer a trajetória histórica da categoria profissional, e que os assistentes sociais como trabalhadores assalariados, lutam constantemente a favor da garantia de direitos e da efetivação das políticas públicas.

As consequências (sic) da incorporação do ideário neoliberal nas sociedades que, como a brasileira, vivem impasses da consolidação democrática, do frágil enraizamento da cidadania e das dificuldades históricas de sua universalização, expressam-se pelo acirramento das

desigualdades sociais, encolhimento dos direitos sociais, aumento da violência urbana e da criminalidade, agravamento sem precedentes da crise social que, iniciada nos anos 80, aprofunda-se continuamente na primeira década do século XXI. [...] O debate sobre as políticas sociais ganha relevância pelo seu caráter de mediação entre as demandas sociais e as respostas organizadas pelo aparato governamental para implementá-las. (RAICHELIS, 2009, p.75-76).

O Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social assemelham-se, quando comparados aos princípios, diretrizes e conceitos, em especial, de universalidade, integralidade, participação, democratização, corresponsabilidade. No entanto, a partir dos anos de 1990 de fortalecimento do projeto neoliberal e de transformações políticas e sociais que priorizam o mercado, a privatização, a focalização das políticas sociais, o Serviço Social na saúde enfrenta desafios expressivos.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo á participação popular. (CFESS, 2010, p. 26).

A construção de estratégias é fundamental para que se tornem viáveis o cumprimento dos objetivos e metas propostos na política de saúde, analisa Bravo e Matos, porém, apesar de existirem estratégias, observa que “As políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas à lógica econômica.” (BRAVO, MATOS, 2009, p. 211)

Ao analisar o Serviço Social na saúde, nesta disputa do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Privatista:

[...] a crítica ao projeto hegemônico passa pela reatualização do discurso da cisão entre estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área da saúde, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 211-212).

Entretanto, a disputa entre o projeto privatista e de reforma sanitária, tem estimulado a dicotomia do governo e apresentado maior atenção ao projeto que dimensiona a focalização e desfinanciamento da saúde. Nesta disputa, o projeto hegemônico do Serviço Social torna-se preocupante, quanto ao distanciamento do objetivo profissional, que na saúde perpassa pelos determinantes sociais, econômicas e culturais que expressam o processo saúde-doença.

Observa-se uma clara tendência de deslocamento das ações governamentais públicas – de abrangência universal – no trato das necessidades sociais em favor de sua privatização, instituindo critérios de seletividade no atendimento aos direitos sociais. Esse *deslocamento da satisfação de necessidades da esfera pública para esfera privada ocorre em detrimento das lutas e de conquistas sociais e políticas extensivas a todos. É exatamente o legado de direitos conquistados nos últimos séculos que está sendo desmontado nos governos de orientação neoliberal, em uma nítida regressão da cidadania que tende a ser reduzida às suas dimensões civil e política, erodindo a cidadania social.* Transfere-se, para distintos segmentos da sociedade civil, significativa parcela da prestação de serviços sociais, afetando diretamente o espaço ocupacional de várias categorias profissionais, dentre as quais os assistentes sociais. (IAMAMOTO, 2009, p. 189, grifo do autor).

A transferência de responsabilidade impulsiona o processo de mercantilização, cuja saúde e educação conforme Iamamoto (2009) são algumas das políticas características neste perfil. Porém, a autora analisa que o trabalho dos assistentes sociais está presente na luta e mediação dos direitos sociais e no acesso a estes ao mercado.

Embora, a inclusão dos assistentes sociais na saúde esteja articulada à forma como é compreendida as necessidades dos usuários pelos empregadores e pela sociedade, a atuação destes profissionais têm na inserção de seu conjunto sócio-econômico, político e institucional, aspectos relacionados às “possibilidades e limites.” (LIMA et al., 2009, p. 359-360)

Portanto, cabe ao assistente social “Orientar o trabalho nos rumos aludidos requisita *um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais.*” (IAMAMOTO, 2009, p. 193, grifo do autor)

Nota-se que nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. (COSTA, M. D. H., 2009, p. 310).

O trabalho do assistente social deve considerar as condições apresentadas pelos usuários, que não vise à fragmentação de sua ação na saúde, tornando fundamental a formação de trabalhadores que impulsionam a criação de estratégias, norteadas pelo Projeto Ético-Político da profissão, na defesa da democracia. E, que proporcionem a efetivação de direitos sociais na saúde, dimensionados “[...] na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.” (CFESS, 2010, p. 28).

A dimensão política do projeto é claramente enunciada: ele se posiciona a favor da *equidade (sic)* e da *justiça social*, na perspectiva da *universalização* do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; a *ampliação* e a *consolidação da cidadania* são explicitamente postas como *garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras*. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente *democrático* - considerada a *democratização* como *socialização da participação política* e *socialização da riqueza socialmente produzida*. (PAULO NETTO, 2009, p. 155, grifo do autor).

É possível identificar que a alimentação, habitação, saneamento básico, educação, são alguns dos fatores determinantes e condicionantes da saúde e expressam o trabalho e a reprodução social.

Dentro da perspectiva anteriormente abordada, ou seja, da adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença, é que as ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade, assinalando um novo estatuto ao Serviço Social no campo da saúde. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 231).

Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde orientam a ação profissional pautada na totalidade e distinta da segmentação, tendo como base os quatro eixos de ação: “[...] atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.” (CFESS, 2010, p. 39).

As ações dos assistentes sociais integram a rede hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a atenção básica, estendidas à média e alta complexidade, propondo uma ação articulada interdisciplinar, intersetorial e socioeducativa. Tais ações devem considerar as contradições dos serviços de saúde, as condições de vida dos usuários, os limites institucionais, a partir do distanciamento das formas de focalização e fragmentação, visando orientar, facilitar,

possibilitar e formular estratégias para intervenção profissional, subsidiando o acesso e a garantia do direito à saúde.

Portanto, o direcionamento da atuação profissional na saúde tem como subsídios o Projeto Ético-Político Profissional e o Projeto da Reforma Sanitária.

As proposições enunciadas no projeto ético-político do Serviço Social, materializadas no Código de Ética de 1993, convergem e refletem o movimento da Reforma Sanitária brasileira visando efetivar a universalidade do acesso à saúde, por meio de políticas públicas efetivas. Sua implementação destina-se a amenizar as diferenças e injustiças instaladas na sociedade e considerar mecanismos que permitam ampliar as possibilidades de acesso aos bens e serviços produzidos. São enunciados de princípios e diretrizes para a construção de relações com base na liberdade, na supressão da alienação, das formas de exploração e dominação, para a participação ativa dos sujeitos sociais visando o desenvolvimento da autonomia, na perspectiva da emancipação dos sujeitos, de ruptura com as práticas autoritárias, centralizadoras e assistencialistas. (SARRETA, 2008, p. 39).

É notório que o assistente social tenha claro suas atribuições e competências, para que articule sua atuação na equipe de saúde, na execução de um trabalho socioeducativo, interdisciplinar e intersetorial.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS, 2010, p. 44).

Neste sentido, a educação permanente em saúde torna-se fundante na gestão democrática e universal da política de saúde, proporcionando o trabalho intersetorial que busque enfatizar a responsabilidade de todos:

O projeto da Reforma Sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO; MATOS, 2004, p. 36).

A integralidade, a intersetorialidade e a atuação em equipe têm colocado como principais desafios para o assistente social na saúde “[...] o controle social e a supressão dos modelos assistenciais verticais e voltados somente para a assistência médica” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 40), visando a ruptura com a fragmentação das políticas sociais colocadas pela lógica econômica e mercantil.

O problema não reside no fato de os profissionais de Serviço Social buscarem estudos na área da saúde. O dilema se faz presente é quando este profissional, devido aos méritos de sua competência, passa exercer outras atividades (direção de unidades de saúde, controle dos dados epidemiológicos etc.), e não mais as identifica como as de um Assistente Social. Assim, o profissional recupera – por vezes impensadamente – uma concepção de que fazer Serviço Social é exercer apenas o conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 212).

Deixando o profissional, de atuar nas “[...] novas demandas colocadas como gestão, assessoria e a pesquisa como transversal ao trabalho profissional.” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 212). Os autores retratam fatores que distanciam o Serviço Social na saúde, que relacionam aos aspectos sociais, econômicos e culturais.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 213).

É fundamental a superação dos limites e obstáculos apresentados na atualidade, cita Bravo e Matos (2009), cabendo aos profissionais do Serviço Social atuarem na defesa da democracia, das políticas públicas, aqui enfatizada pela promoção da saúde, por meio da articulação, visando os direitos e conquistas, agindo em oposição ao projeto neoliberal.

Para Mito e Nogueira (2009) é fundamental para as ações profissionais dos assistentes sociais a intersetorialização da saúde com as políticas sociais, centralizados na promoção da saúde.

[...] não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 229).

Os autores afirmam, ainda, que as necessidades humanas estão relacionadas às necessidades de saúde, educação, alimentação, habitação, acesso à água potável, com o objetivo de contribuir com a melhoria das condições de vida da população. É preciso “Caminhar na direção do projeto ético-político dos assistentes sociais”, enfatizando a interlocução entre setores, como um dos caminhos para a superação da organização social capitalista (VASCONCELOS, 2009, p. 271).

2.2 Serviço Social e a intersetorialidade

A atuação do assistente social na saúde deve estar articulada ao trabalho com a equipe de saúde para a atenção interdisciplinar, aos movimentos sociais vigentes e ao controle social para efetivar os espaços que garantam a participação, o acesso às ações e serviços, bem como o trabalho intersetorial favorecendo a articulação entre as políticas sociais.

O Conselho Federal de Serviço Social ressalta que no cenário presente deve:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
 - elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
 - efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2010, p. 28-29).

Sabe-se que o Serviço Social atua em uma perspectiva de totalidade, neste sentido, conforme apresentado nos Parâmetros (CFESS, 2010, p. 37), “[...] conceitos

são fundamentais para a ação dos assistentes sociais na saúde como a concepção de saúde, de integralidade, da intersetorialidade, de interdisciplinaridade, participação social.” Porém,

Observa-se que os assistentes sociais, talvez por falta de clareza ou de conhecimento quanto aos projetos em confronto ou por opções ideológicas, têm se inserido no campo da saúde muitas vezes de forma acrítica, ou seduzidos pelo canto das sereias, que é o mercado, na direção oposta ao projeto ético-político. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 275).

As ações profissionais do assistente social na saúde, como analisado anteriormente, são intermediadas por eixos, Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), ou seja: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

Dentre estas ações, cabe destacar que o eixo da investigação, planejamento e gestão tende ao “[...] fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais [...]” (CFESS, 2010, p. 58), no qual a categoria busca contribuir de modo intersetorial na esfera da Seguridade Social.

Com o processo de publicização, é retratada uma “[...] visão ampliada de democracia, tanto do Estado quanto da sociedade civil [...]” (RAICHELIS, 2009, p. 79), o que faz impulsionar o desafio da interlocução entre sujeitos sociais, na universalização de direitos.

Contrapõe-se à setorialidade uma nova lógica que se refere basicamente à população, reconhecendo os indivíduos e grupos da população, considerando as suas condições peculiares de vida. As prioridades, nesse caso, são definidas a partir de problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores. Essa proposta supõe a articulação dos dois eixos: descentralização e intersetorialidade. (GIAQUETO, 2010, p. 92).

A participação destes sujeitos, não supre o vazio da representação nos espaços públicos, cabendo aos assistentes sociais categorizar a participação em Conselhos que é considerada estratégia de representatividade nos setores públicos, fundamentados nas seguintes ações:

- impulsionar e ampliar o movimento que se organiza em torno da defesa de direitos e das políticas sociais, propondo novas estratégias

para o enfrentamento das demandas sociais, no interior do aparato institucional onde os assistentes sociais são cada vez mais requisitados a transcender funções executivas para desempenhar papéis de formulação e gestão de políticas e programas sociais;

- ao mesmo tempo, colaborar para o adensamento da pesquisa e da produção teórica no âmbito das políticas sociais, articulada à análise das tendências macrossocietárias que iluminem estrategicamente os rumos a ser perseguidos. (RAICHELIS, 2009, p. 85).

Portanto, cabe destacar que o projeto profissional do Serviço Social, relaciona as ações profissionais, a formação teórica-metodológica e interventiva, conforme Paulo Netto (2009).

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento das profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a quem cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (PAULO NETTO, 2009, p. 144, grifo do autor).

É essencial a organização dos profissionais “[...] para que um projeto profissional se afirme na sociedade, ganhe solidez e respeito frente às outras profissões, às instituições privadas e públicas e frente aos usuários dos serviços oferecidos pela profissão.” (PAULO NETTO, 2009, p. 144). O autor retrata como fundamental a articulação da categoria e com os movimentos dos trabalhadores.

Em especial, o projeto prioriza uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários (PAULO NETTO, 2009, p. 156, grifo do autor).

Considerada como princípio constitucional para Miotto e Nogueira (2009), identifica como fundamental a participação comunitária na saúde de forma articulada, são ações que relacionam à prática dos assistentes sociais que integram o Código de Ética, o Projeto Ético-Político e o SUS. Ainda, considerada um marco na política de saúde, a participação social é condição de democracia e cidadania, permitindo que exista um controle social da sociedade sobre o Estado.

[...] reafirma-se o trânsito existente entre os princípios contidos tanto na Constituição Federal e legislação relativa ao campo da saúde como no

Código de Ética dos assistentes sociais, profissionais que na prática cotidiana buscam continuamente ampliar e garantir direitos quanto aos serviços e ações de saúde à população. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 227).

Mioto e Nogueira (2009) defendem que a saúde está além de um projeto mecanicista, sendo a cultura, as relações sociais, econômicas e ambientais, condições determinantes e condicionantes à vida e à saúde, como direito social e dever do Estado. Com o processo de descentralização da saúde, tornam-se necessárias ações que garantam o atendimento integral “[...] com os diferentes níveis de gestão, impõe ao assistente social, igualmente, novas exigências na articulação de referências e contra referências, o que exige ações planejadas de modo a garantir o atendimento integral.” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 289).

A integralidade da atenção à saúde, prevista pela Constituição Brasileira, opõe-se à saúde curativa e voltada à doença, reconhece que o atendimento integral é baseado nas particularidades de cada pessoa, considerando os determinantes da saúde, assim, a integralidade é determinada pela relação de várias profissões com práticas interdisciplinares.

Os pilares da integralidade são condicionados pela interdisciplinaridade e intersetorialidade, o que “[...] possibilita uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 225), mantendo a articulação de equipes profissionais.

[...] a articulação dos profissionais e dos serviços, dentro de uma rede complexa, favorecendo a consciência do direito à saúde e instrumentalizando para intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde-doença, ao reconhecer a pessoa como um todo indivisível que vive em um espaço local, em um Estado Nacional e em um mundo pretensamente globalizado. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 230).

Esta articulação é fundamental para a promoção da saúde, reconhecida como desenvolvimento humano, já que se associa a valores como “[...] vida, democracia, cidadania, participação [...], a um conjunto de estratégias envolvendo ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais.” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 277).

Os processos políticos e organizativos, de planejamento e gestão, e sócio assistencial do Serviço Social, estão relacionados à integralidade e participação social em saúde. Sendo que os processos de planejamento e gestão:

[...] correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no nível de gestão do SUS, no âmbito das instituições e serviços de saúde, no planejamento e gestão de serviços sociais em instituições, programas e empresas, e na sistematização das ações profissionais. Nesse âmbito estão contidas as ações particularmente destinadas à efetivação da intersetorialidade, quais sejam, a gestão das relações interinstitucionais e a criação de protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais, que servem de base tanto para o trabalho do assistente social como para a equipe da qual é parte. Estão vinculadas também ao Planejamento e Gestão as ações voltadas para a capacitação de recursos humanos que visam ampliar a qualidade dos serviços e de sujeitos sociais, subsidiando-os para influir nas diferentes instâncias decisórias e de planejamento das políticas públicas, especialmente a da saúde. Compõe, ainda, esse eixo, as ações relativas à gestão e avaliação institucional, de serviços e das ações profissionais. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 284).

Portanto, para garantir saúde com a intersetorialização das políticas sociais, há que se considerar as diferenças entre as diversas regiões do país, dos municípios etc.

O planejamento na área da saúde é essencial, para a organização e gestão do SUS, conferindo ao Serviço Social ações que reportam ao trabalho de forma coletiva, ou seja, ações que caminham juntas, e que mesmo distintas se complementam, marcadas por conflitos e oposições.

Planejar a ação profissional garante a possibilidade de um repensar contínuo sobre a eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido, formalizar a articulação intrínseca entre as dimensões do fazer profissional, ou seja, as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. Possibilita, no campo da saúde, formalizar as relações entre as estruturas institucionais e profissionais, entre os eixos da ação profissional, entre as dimensões da integralidade e da intersetorialidade na garantia e do cumprimento dos objetivos propostos e/ou previstos. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 287).

O acompanhamento, monitoramento e controle, delineiam estratégias e compreensão da realidade, explícitas no planejamento, permitindo uma dinâmica e flexibilidade neste processo, resgatando os princípios da saúde “[...] na direção da universalidade, integralidade, equidade [...], participação democrática e controle social.” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 290)

Os conceitos de intersetorialidade e descentralização aproximam-se, na medida em que este último é compreendido como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos e o primeiro diz respeito ao atendimento das necessidades e expectativas desses mesmos cidadãos de forma integrada. (GIAQUETO, 2010, p. 79).

Sendo a descentralização “[...] integrada ao processo de superação de uma crise essencialmente política, que enfatiza a democratização e a participação, tornando-os, muitas vezes, como sinônimos.” (GIAQUETO, 2010, p. 85) Para a autora relaciona-se, ainda, ao processo de reorganização das ações do Estado, bem como, o dimensionamento de competências e de suas responsabilidades.

É essencial, definir a intersetorialidade às demandas da população, envolvidos com instituições, podendo afirmar que “No município, como espaço definido territorial e socialmente, é que se concretiza a integração e a ação intersetorial. Essa interação pode ser construída através de um processo dinâmico entre os sujeitos [...]” (GIAQUETO, 2010, p. 93).

Foto 2 - Moradias do Residencial Jardim Europa II, Ituiutaba/MG



Fonte: (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2015).

CAPÍTULO 3 ATUAÇÃO INTERSETORIAL NA SAÚDE – HABITAÇÃO

3.1 A atuação profissional do assistente social da saúde na política de habitação

Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde têm objetivo de orientar o trabalho do profissional, abrangendo as ações integralizadas à atenção básica, média e alta complexidade, implicando também nas competências e atribuições do assistente social na busca pelo fortalecimento do trabalho (CFESS, 2010).

[...] a promoção da saúde consiste em adotar medidas para aumentar a saúde e o bem-estar, não se dirigindo a uma doença ou desordem determinada, mas incluindo ações de educação e motivação sanitária, e estimulando determinadas condições para o desenvolvimento, como nutrição adequada e condições de moradia. Enfim, a promoção da saúde nesse modelo tem um enfoque centrado no indivíduo, extensivo às famílias e a outros grupos dentro de certos limites. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 277).

É perceptível a dificuldade dos profissionais em atuarem frente às novas demandas, que estão relacionadas à articulação das políticas sociais. O profissional tende a atuar de forma prática e imediatista que foge da atenção integral prevista na constituição.

Entende-se política social como síntese de uma confrontação e articulação de interesses de forças sociais diversas, um conjunto de regulações e intervenções do Estado, definidas em um jogo de interesses e condicionadas historicamente, por processos econômicos, políticos e sociais. (PAZ; TABOADA, 2010, p. 37).

A saúde reconhecida como direito social e universal, requer o reconhecimento da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, para a atenção integral. Na atuação do assistente social na política de habitação deve ter como direção esta perspectiva, uma vez que as condições de habitação envolvem a saúde, a infraestrutura, o acesso à educação, entre outros.

Moradia digna como direito e vetor de inclusão social **garantindo padrão mínimo de habitabilidade, infraestrutura, saneamento ambiental, mobilidade, transporte coletivo, equipamentos, serviços urbanos e sociais. Habitação é uma política de Estado!** O poder público é agente na regulação urbana e do mercado imobiliário, na provisão da moradia e na regularização de assentamentos precários, devendo ser, ainda, uma política pactuada com a sociedade e que extrapole um só governo. **Gestão**

democrática com participação dos diferentes segmentos da sociedade, possibilitando controle social e transparência nas decisões e nos procedimentos. **Articulação das ações de habitação à política urbana** e integrada às demais políticas sociais e ambientais. (CARVALHO, M. C. B., 2014, p. 3, grifo do autor).¹

A Política Nacional de Habitação (PNH) enuncia claramente o Trabalho Social, legitimado pela Portaria nº 21 de 22 de Janeiro de 2014, (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2014) do Ministério das Cidades, e tornou-se eixo integrante da PNH, sendo um componente que requer a participação efetiva dos moradores no processo de mudança ocasionado com a moradia. O Trabalho Social é considerado como ação intersetorial, pois faz “[...] a mobilização e desenvolve a ação conjunta com os serviços das diversas políticas públicas e dos projetos da comunidade para esse fim.” (CARVALHO, M. C. B., 2014, p. 11). Paz e Taboada (2010, p. 39-40) mencionam como meios interventivos do Trabalho Social:

- O território e a intersectorialidade das políticas públicas deve ser considerado desde a fase de desenho do projeto, do planejamento das ações setoriais, à execução, implementação e avaliação,
- A intersectorialidade deve considerar a capacidade institucional e financeira efetiva na previsão dos equipamentos sociais necessários para atendimento das novas demandas.
- É fundamental o estabelecimento de funções e responsabilidades entre os vários órgãos e executores.
- Na etapa de diagnóstico, é preciso realizar estudos das características dos territórios aonde reside a população e daquele proposto para a nova moradia, bem como sobre os impactos sócio-ocupacionais e de relações de sociabilidade e de vizinhança que a mudança poderá acarretar na vida cotidiana.
- Estabelecimento de gestões intersecretariais e interinstitucionais, em especial com as secretarias e programas públicos de educação, saneamento, saúde, trabalho, meio ambiente, esporte, cultura e lazer. Na medida do possível, garantir a eficiência de instâncias de coordenação de ações e intervenções conjuntas nos territórios.
- Estabelecimento de parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs), entidades e organizações sociais públicas e privadas para oferta de projetos de inserção produtiva, (re) qualificação profissional, projetos de educação ambiental, cultura e lazer.

Considerada como princípios da Política Nacional de Habitação, segundo Paz e Taboada (2010, p. 32):

- Direito à moradia, enquanto um direito individual e coletivo, previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Constituição Brasileira de 1988.
- O direito à moradia deve ter destaque na elaboração dos planos, programas e ações;

¹ Curso de capacitação: Trabalho Social em Programas de Habitação de Interesse Social.

- Moradia digna como direito e vetor de inclusão social garantindo padrão mínimo de habitabilidade, infraestrutura, saneamento ambiental, mobilidade, transporte coletivo, equipamentos, serviços urbanos e sociais;
- Função social da propriedade urbana buscando implementar instrumentos de reforma urbana que possibilitem melhor ordenamento e maior controle do uso do solo, de forma a combater a retenção especulativa e garantir acesso à terra urbanizada;
- Questão habitacional como uma política de Estado uma vez que o poder público é agente indispensável na regulação urbana e do mercado imobiliário, na provisão da moradia e na regularização de assentamentos precários, devendo ser, ainda, uma política pactuada com a sociedade e que extrapole um só governo;
- Gestão democrática com participação dos diferentes segmentos da sociedade, possibilitando controle social e transparência nas decisões e procedimentos;
- Articulação das ações de habitação à política urbana de modo integrado com as demais políticas sociais e ambientais.

O Trabalho Social tem como fundamento estimular a autonomia das famílias recém-ocupadas por meio da articulação com a intersetorialidade. A “[...] intersetorialidade é o mais amplo dos mecanismos de ação da gestão pública das políticas públicas de saúde e de assistência social, sendo também o mais racional e completo.” (RODRIGUES, 2011, p. 6).

O trabalho social em programas habitacionais precisa adotar a intersetorialidade como elemento central nas suas metodologias, procurando se aproximar da diversidade da dinâmica territorial e compreender as várias dimensões presentes, assim como estratégias dos diferentes atores com muitos e distintos interesses territoriais. É necessário estabelecer uma série de mediações para explicitação e pactuação de conflitos e interesses e articulações intersetoriais através de planejamento e ações conjuntas. (PAZ; TABOADA, 2010, p. 39).

Os profissionais do Serviço Social foram fundamentais na habitação e na trajetória do Trabalho Social, que

“[...] no seu cotidiano apresenta várias dimensões, política, ética, técnica e educativa, que se combinam na prática profissional, [...] conectadas com a democracia, cidadania, participação e atendimento as demandas da população, um processo permeado de contradições, limites e desafios.” (PAZ; TABOADA, 2010, p. 52).

A Portaria 21 de Janeiro de 2014 (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2014), conforme apresentado pelo Ministério da Cidade, enfoca a necessidade de ações cooptadas entre os equipamentos sociais, que são instrumentos de política social, podendo junto aos projetos do Programa Minha Casa, Minha Vida ser contratados escolas, postos de saúde que são considerados equipamentos sociais,

regulamentado na Portaria de nº 168 de 12 de abril de 2013 do Ministério das Cidades. (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2013a).

No Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV) (BRASIL, 2009), com a Lei 11.977 de 7 de Julho, que dispõe sobre a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas, prevê a implantação do Programa Nacional de Habitação Urbana (PNHU). No entanto, ela é regulamentada pela Lei 12.424, de 16 de Junho de 2011, que em seu Artigo 5º, parágrafo IV: “[...] a existência ou compromisso do poder público local de instalação ou de ampliação dos equipamentos e serviços relacionados a educação, saúde, lazer e transporte público.” (BRASIL, 2011). Isto permite a instalação de infraestrutura básica como esgoto, água tratada e energia elétrica.

O Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV), (BRASIL, 2011), lançado no Programa de Aceleração Do Crescimento (PAC) em 2008, segundo a Lei de número 12.424 de 6 de Junho, que revoga a Lei 11.977 no Artigo 1º visa atender famílias com renda mensal até R\$4.650,00, o qual incentiva a reforma, aquisição de imóveis, dentre outros.

O Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV tem por finalidade criar mecanismos de incentivo à produção e aquisição de novas unidades habitacionais ou requalificação de imóveis urbanos e produção ou reforma de habitações rurais, para famílias com renda mensal de até R\$ 4.650,00 (quatro mil, seiscentos e cinquenta reais) e compreende os seguintes subprogramas:

- I - o Programa Nacional de Habitação Urbana - PNHU; e
- II - o Programa Nacional de Habitação Rural – PNHR. (BRASIL, 2011).

No Programa, há uma disponibilidade orçamentária e financeira, com o objetivo de disponibilizar subsídios pela União (BRASIL, 2011), sendo esta, concedida por uma vez, caso exista a quitação do imóvel, acarretará a perda dos subsídios, cujos recursos são transferidos no caso, para o Fundo de Arrendamento Residencial (FAR).

Critérios são necessários para indicação dos beneficiários do PMCMV, conforme Artigo 3º, da Lei 12.424, podendo ainda aos Estados, Municípios e Distrito Federal, estabelecerem critérios em conjunto com seus respectivos conselhos de habitação, sendo previstos na Lei os seguintes requisitos:

- I - comprovação de que o interessado integra família com renda mensal de até R\$ 4.650,00 (quatro mil, seiscentos e cinquenta reais);
- II - faixas de renda definidas pelo Poder Executivo federal para cada uma das modalidades de operações;
- III - prioridade de atendimento às famílias residentes em áreas de risco ou insalubres ou que tenham sido desabrigadas;
- IV - prioridade de atendimento às famílias com mulheres responsáveis pela unidade familiar; e
- V - prioridade de atendimento às famílias de que façam parte pessoas com deficiência. (BRASIL, 2011).

Sabe-se que “[...] a política habitacional tem interface com a política econômica e com todas as políticas sociais e seu sucesso, está relacionado à complementaridade das ações e na potencialização das ações conjuntas que devem ser planejadas previamente.” (PAZ; TABOADA, 2010, p. 37).

A implantação de serviços, como creches, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), centros esportivos, atividades de cultura e lazer fazem toda a diferença na consolidação e sustentabilidade dos empreendimentos. (PAZ; TABOADA, 2010, p. 39).

Na definição legal, equipamentos sociais “[...] é um instrumento das redes que objetiva basicamente fortalecer a população local, minimizar os problemas sociais.” Portanto, a atuação profissional deve trabalhar a relação interdisciplinar, intersetorial e socioeducativa, bem como, a ações em rede introduzidas junto aos equipamentos sociais (REDESAN, 2009, p. 2)².

3.2 A intersectorialidade na relação entre a política de saúde e habitação

O trabalho intersetorial é desafiante para o Serviço Social e na política de saúde é considerando fundamental. Orienta as ações no campo das políticas sociais e, uma “[...] nova forma de gestão de políticas públicas que está necessariamente relacionada ao enfrentamento de situações concretas.” (YAZBEK, 2014, p. 98).

A efetivação do trabalho intersetorial requer a superação de inúmeros desafios: posicionamento e decisão política em favor ao redirecionamento da ação pública; estabelecimento de uma estrutura administrativa que viabilize a prática intersetorial; remanejamento de recursos financeiros e humanos para viabilizá-lo, criação de instrumentos de gestão apropriados ao novo arranjo; coordenação política e tecnicamente legitimada; criação de sistemas de informação interligados; estabelecimento de procedimentos de

² Curso de formação de gestores (as) de RPs/ BAs/ CCs – Fundação de Apoio – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

monitoramento e avaliação das ações integradas; dentre outros. (GIAQUETO, 2010, p. 90-91).

Para Miotto e Nogueira (2009), a intersetorialidade está associada à superação da fragmentação institucional e de conhecimento, é regida pela construção de políticas as quais na saúde, exigem a articulação de setores diferentes, respondendo integralmente aos problemas sociais. E, “[...] a intersetorialidade não é um fim e nem irá, por si, promover o desenvolvimento e a inclusão social, mas é um fator de sua viabilização enquanto ação do Estado.” (GIAQUETO, 2010, p. 92).

Desse modo, a intersetorialidade está associada à interdisciplinaridade, por “[...] explicitar o caráter dialético que, neste texto, o prefixo ‘inter’ significa: como superação da setorialidade das políticas sociais e exigência de requalificação da disciplinaridade no conhecimento e na *práxis* dessas políticas.” (PEREIRA, 2014, p. 25, grifo do autor).

A saúde, bem como a alimentação e nutrição, vêm sendo consideradas, ao menos com base nos princípios do SUS e no conceito ampliado de saúde, como questões transversais e integradoras de várias políticas setoriais, tais como: saneamento; meio ambiente; habitação; trabalho e emprego; educação; agricultura, dentre outros. (BURLANDY, 2014, p. 109).

A partir dos anos de 1970 foi apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a adoção da intersetorialidade no desenvolvimento das políticas sociais, visando à articulação e ações das políticas para “[...] garantir mais eficácia e maior grau de efetividade às ações e programas nacionais e internacionais de atenção à saúde.” (RIBEIRO, 2014, p. 9).

A intersetorialidade na saúde surge dentro do conceito ampliado posto no Projeto de Reforma Sanitária, considerando os determinantes sociais no processo saúde-doença, atuando com estratégias que visem ações sobre os problemas da sociedade, explica Monnerat e Souza (2014). Assim, a intersetorialidade foi definida pela OMS como “[...] articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde.” (MONNERAT; SOUZA, 2014, p. 43).

A própria intersetorialidade pode incorrer na armadilha de ser uma simples soma de programas e projetos, sem haver uma real estratégia conjunta de ação a partir do território. A lógica parte de um conhecimento comum sobre o lugar, contando com a participação dos sujeitos locais. Programas e projeto preestabelecidos ou elaborados em nível central, ‘de cima para baixo,’ podem ser pouco úteis na elaboração das políticas territoriais. (GIAQUETO, 2010, p.89).

Apesar do trabalho intersetorial estar previsto na política de saúde, a efetivação desta proposta defendida pelo Projeto da Reforma Sanitária desde os anos de 1980, tem sido condicionada pelo modelo privatista, fragmentado e centrado na doença.

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. 17).

No entanto, os problemas decorrentes das desigualdades sociais ocasionam a restrição quanto aos direitos e impõem “[...] de forma inequívoca ao assistente social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações e serviços de saúde.” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 280). Ou seja,

[...] o sistema de saúde deveria centrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população e articular ações intersetoriais com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como é o caso da habitação, do saneamento, das condições de trabalho, da educação, assistência, previdência, acesso à terra etc. (COSTA, M. D. H., 2009, p. 311).

A perspectiva intersetorial deve superar a fragmentação das políticas sociais. Impõe uma nova relação entre Estado e cidadão, onde ambos participam como políticos e ativos “[...] na identificação de problemas e na definição de soluções.” (PEREIRA, 2014, p. 26)

A efetividade de uma política antipobreza exige um trabalho político social intersetorial em um sentido bastante amplo. Como se sabe, a pobreza é muita. É a prática da assistência que revela a imposição de práticas intersetoriais em nome em primeiro lugar da eficiência, da eficácia e da efetividade. (RIBEIRO, 2014, p. 10)

As práticas setoriais são práticas que impedem e dificultam a instrumentalização da intersetorialidade, auxiliam no entendimento dos problemas, distintas de ações isoladas, como apresentam Monnerat, Almeida e Souza (2014).

[...] a intersectorialidade tem sido considerada como: uma *lógica* de gestão, que transcende um único 'setor' da política social; e/ ou uma *estratégia* política de articulação entre 'setores' sociais diversos e especializados. [...] também é entendida como: *instrumento* de otimização de saberes; *competências e relações sinérgicas*, em prol de um objetivo comum; e *prática social* compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas. (PEREIRA, 2014, p. 23, grifo do autor).

Neste sentido, na política de saúde a intersectorialidade consiste na construção de “[...] práticas emancipatórias de intervenção que possibilitam o exercício de direitos e resultam em sua garantia.” (RIBEIRO, 2014, p. 10), superando a fragmentação das políticas sociais.

O exercício profissional da pesquisadora, na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Ituiutaba/MG mostra que o crescimento da população, ocasionado pela imigração no município e região, amplia as demandas nos serviços públicos municipais. Isto coloca um grande desafio no desenvolvimento e gerenciamento das políticas sociais que atendem as demandas sociais. Em especial, na política de saúde, a qual está relacionada aos fatores determinantes e condicionantes das condições de vida da população diretamente ligadas ao trabalho, renda e moradia.

Para Vasconcelos (2003), a atenção à saúde se depara com questões voltadas principalmente, à distância entre os equipamentos de saúde, o que dificulta a vida dos usuários e a organização dos serviços de saúde. As demandas se intensificam, fazendo com que o atendimento fique centrado no modelo curativo, condicionado ao tratamento de doenças, ou seja, o atendimento pontual e emergente predomina.

Neste sentido, as experiências profissionais revelam que a concepção integral da saúde distancia-se na prática, do que está assegurado na legislação. A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a), dispõe “[...] sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” Sobretudo, o artigo 2º afirma que: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.” (BRASIL, 1990a). Portanto, fica estabelecido o dever do Estado.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que

assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (BRASIL, 1990a).

A partir desta análise, reafirma-se que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes que estão diretamente relacionados às condições de vida, à educação, habitação, infraestrutura, trabalho, renda, entre outros, sendo fundamental a perspectiva intersetorial e interdisciplinar no desenvolvimento das políticas públicas e no Trabalho Social.

Portanto, nesta análise cabe destacar a legislação que orienta o Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV), uma vez que o assistente social deve estar pautado na legislação vigente que envolve as políticas sociais. Este conhecimento é importante para o trabalho junto à população, no sentido de informações adequadas sobre os direitos, critérios, possibilidades, responsabilidades entre outras demandas que surgem neste momento tão importante na vida dos usuários – a aquisição da casa própria.

A Portaria n. 465 de 3 de outubro de 2011, do Ministério das Cidades (2011a), dispõe sobre as diretrizes gerais para aquisição e alienação de imóveis por meio da transferência de recursos ao Fundo de Arrendamento Residencial (FAR), no âmbito do Programa Nacional de Habitação Urbana (PNHU), integrante do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV) (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2011a). Em seu artigo V orienta sobre o PNHU a Transferência de Recursos e menciona o Trabalho Social, sediado por este recurso, bem como seus princípios e objetivos. O Trabalho social no PMCMV:

[...] tem por objetivo proporcionar a execução de um conjunto de ações de caráter informativo e educativo junto aos beneficiários, que promova o exercício da participação cidadã, favoreça a organização da população e a gestão comunitária dos espaços comuns; na perspectiva de contribuir para fortalecer a melhoria da qualidade de vida das famílias e a sustentabilidade dos empreendimentos. (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2011a, p. 31, Anexo V).

Dentre os objetivos do Trabalho Social, a articulação entre políticas públicas, devendo conter no Projeto de Trabalho Social “[...] informações e acompanhamento sobre oferta e localização de serviços públicos essenciais de educação, saúde, lazer, segurança pública e assistência social e acompanhamento dos processos de transferência escolar e demais serviços de educação.” (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2011a) Ainda,

[...] promover a articulação do trabalho social com as demais políticas públicas e ações de saúde, saneamento, educação, cultura, esporte, assistência social, justiça, trabalho e renda, e com os conselhos setoriais e de defesa de direito, associações e demais instâncias de caráter participativo, na perspectiva da inserção dos beneficiários nestas políticas pelos setores competentes [...]. (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2011a, p. 31, Anexo V).

Compõem ainda, orientações quanto aos processos que designam ações referenciadas ao Relatório de Diagnóstico por demanda por equipamentos sociais, serviços públicos e Urbanos como “[...] documento composto por avaliação da demanda habitacional; mapa do entorno do empreendimento; avaliação da demanda a ser gerada pelo empreendimento por educação, saúde, assistência, transporte, comércio e infraestrutura.” (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2013a).

Neste sentido, torna-se necessário prever :

Equipamentos comunitários e serviços, existentes ou previstos, e respectivas capacidades de atendimento: creches ou escolas de ensino fundamental; Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento ou hospitais; Centros de Referência de Assistência Social ou Centros de Referência Especializado de Assistência Social; equipamentos de lazer; linhas regulares de transporte público coletivo; comércio e serviços de caráter local. (Anexo IV-3-c.2.1 - MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2013a).

Quanto à inexistência de equipamentos sociais públicos que atendam as famílias beneficiárias do PMCMV, são indicados pelo poder público, os dados referentes às instituições de educação e de saúde.

A Portaria n. 610, de 26 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2011b) dispõe sobre os parâmetros de priorização e o processo de seleção dos beneficiários PMCMV, cujos critérios de seleção dos beneficiários, são compostos por: a) famílias residentes em áreas de risco ou insalubres ou que tenham sido desabrigadas; b) famílias com mulheres responsáveis pela unidade familiar; c) famílias de que façam parte pessoas com deficiência, podendo existir critérios adicionais, desde que aprovados.

Ressalta-se a Portaria n. 168, de 12 de abril de 2013, que dispõe sobre aquisição e alienação de imóveis com recursos advindos da integralização de cotas no Fundo de Arrendamento Residencial (FAR), integrante do PMCMV (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2013a), a qual sofre nova redação pela Portaria n. 518, de 8 de novembro de 2013. E, em 2014 a Portaria n. 829, publicada em 2015 (MINISTÉRIO

DAS CIDADES, 2015a), retrata os parâmetros de priorização e sobre o processo de seleção dos beneficiários do PMCMV.

Seguindo esta análise da documentação que rege o PMCMV, a Portaria 412 de 6 de agosto de 2015 (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2015b) e a Portaria 163 de 6 de maio de 2016 (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2016a), que aprovam o Manual de Instrução para Seleção dos Beneficiários, dispendo do cadastro dos candidatos beneficiários do Programa, de priorização dos candidatos, bem como os critérios adicionais e as seleção destes candidatos, institui o Sistema Nacional de Cadastro Habitacional.

Importante mencionar, que a Portaria 158, de 6 de maio de 2016 (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2016b), além de dispor da aquisição, também retrata as atribuições com a aquisição dos imóveis.

[...] sobre as condições gerais para aquisição de imóveis com recursos advindos da integralização de cotas no Fundo de Arrendamento Residencial (FAR), no âmbito do Programa Nacional de Habitação Urbana (PNHU), integrante do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV). (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2016b).

Portanto, constata-se que há extensa alteração nas Portarias que orientam os critérios, as regras, o funcionamento, o financiamento etc para o acesso à habitação no país. O que dificulta o desenvolvimento do trabalho e a compreensão da população de seus direitos entre outros problemas. De maneira simplificada, o critério básico para a seleção é a renda familiar.

No município de Ituiutaba/MG, o Residencial Jardim Europa II é composto por 390 famílias, conforme diagnóstico entre os beneficiários pré-classificados, com aproximadamente 378 mulheres chefes de família, renda média de um a dois salários mínimos, sendo este universo da pesquisa. O número atual de moradores não está organizado pela administração municipal, mas estima-se uma média de 1.500 pessoas no Residencial.

A importância do norteamento das atividades do Trabalho Social no Residencial Jardim Europa II, conforme a Portaria n. 21 de 2014 (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2014) em seus objetivos específicos:

2.1 Promover a participação dos beneficiários nos processos de decisão, implantação, manutenção e acompanhamento dos bens e serviços previstos na intervenção, a fim de adequá-los às necessidades e à realidade local e estimular a plena apropriação pelas famílias beneficiárias.

2.2 Fomentar processos de liderança, a organização e a mobilização comunitária, contribuindo para a gestão democrática e participativa dos processos implantados.

2.3 Estimular o desenvolvimento da cidadania e dos laços sociais e comunitários.

[...]

2.5 Articular as políticas de habitação e saneamento básico com as políticas públicas de educação, saúde, desenvolvimento urbano, assistência social, trabalho, meio ambiente, recursos hídricos, educação ambiental, segurança alimentar, segurança pública, entre outras, promovendo, por meio da intersetorialidade, a efetivação dos direitos e o desenvolvimento local.

2.6 Fomentar processos de inclusão produtiva coerentes com o potencial econômico e as características culturais da região, promovendo capacitação profissional e estímulo à inserção no ensino formal, especialmente de mulheres chefes de família, em situação de pobreza extrema, visando à redução do analfabetismo, o estímulo a sua autonomia e à geração de renda.

2.7 Apoiar processos socioeducativos que englobem informações sobre os bens, equipamentos e serviços implantados, estimulando a utilização adequada destes, assim como atitudes saudáveis em relação ao meio ambiente e à vida.

2.8 Fomentar o diálogo entre os beneficiários e o poder público local, com o intuito de contribuir para o aperfeiçoamento da intervenção e o direcionamento aos demais programas e políticas públicas, visando ao atendimento das necessidades e potencialidades dos beneficiários.

2.9 Articular a participação dos beneficiários com movimentos sociais, redes, associações, conselhos mais amplos do que os das áreas de intervenção, buscando a sua inserção em iniciativas mais abrangentes de democratização e de participação.

2.10 Fomentar a constituição de organizações representativas dos beneficiários e fortalecer as já existentes.

2.11 Contribuir para a sustentabilidade da intervenção, a ser alcançada por meio da permanência das famílias no novo habitat, da adequada utilização dos equipamentos implantados, da garantia de acesso aos serviços básicos, da conservação e manutenção da intervenção física e, quando for o caso, do retorno dos investimentos.

Para que estes objetivos tornem-se práticos ou materializados, é necessário o planejamento por organização dos seguintes eixos:

- Mobilização, organização e fortalecimento social;
- Acompanhamento e gestão social da intervenção e,
- Educação ambiental e patrimonial e desenvolvimento socioeconômico.

Tais eixos fundamentam-se no acesso à informação, orientação, acompanhamento social e ambiental, na tentativa de fortalecimento de vínculos a partir da articulação de políticas públicas, visando à qualidade de vida dos beneficiários.

Neste sentido, o Planejamento no Residencial Jardim Europa II de Ituiutaba/MG conforme previsto, foi desenvolvido em 3 (três) etapas:

1ª. Projeto de Trabalho Social Preliminar (PTS-P), com o escopo geral do Trabalho Social a ser implementado e o valor de investimento destinado para esse fim no instrumento de repasse/financiamento;

2ª. Projeto de Trabalho Social (PTS), com o detalhamento do Trabalho Social na Fase de Obras e Pós-Obras, definidos pelos 4 eixos (indicados anteriormente), especificamente no Residencial Jardim Europa II, ocorreu por meio de reunião com todas as famílias beneficiárias, com o intuito de orientá-las quanto aos espaços institucionais de saúde, assistência social, educação e transporte que responderam as demandas, bem como, orientações referentes aos cuidados com o imóvel e o meio ambiente.

3ª. Plano de Desenvolvimento Socioterritorial (PDST), norteado pelos 4 eixos exposto, cuja execução mista, realizada com a terceirização, com processo licitatório, e o acompanhamento pela Equipe Técnica de Trabalho Social do Município de Ituiutaba/MG, composta por três assistentes sociais e uma pedagoga.

Assim, o PDST está diretamente relacionado ao Trabalho Social:

Plano de Desenvolvimento Socioterritorial– PDST: é elaborado a partir da consolidação das ações previstas e das articulações intersetoriais, visando à inclusão social, ao desenvolvimento econômico e à integração territorial dos beneficiários. Deve ser apresentado pelo Ente Público e aprovado pela Instituição Financeira, conforme indicado no cronograma do PTS até, no máximo, o final da Fase de Obras. Deve ser iniciado após a assinatura do contrato ou a mudança das famílias e ter duração de até 12 (doze) meses. (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2014).

O conteúdo deve conter a identificação, o diagnóstico socioterritorial atualizado da macroárea, objetivos, ações e estratégias para execução, estratégias de monitoramento, orçamento e o cronograma físico financeiro. Ainda, devem compor ações socioeducativas, orientação e socialização. Sendo as ações e estratégias:

[...] definidas a partir dos resultados obtidos pela caracterização da macroárea e pelo diagnóstico das famílias beneficiárias, descrevendo as atividades, a metodologia, as técnicas e os instrumentos a serem utilizados, com base no conteúdo descrito nos quatro eixos; [...] na definição da estratégia intersetorial deverão constar os atores/parceiros mobilizados para cada ação prevista e seus respectivos compromissos assumidos, com o comprometimento formal dos setores envolvidos. (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2014).

O Eixo referente à Organização Comunitária, Educação ambiental e Saúde, estende a ações que visem amplo conhecimento em saúde, cabendo à Equipe

Técnica Proponente ao planejamento, execução e avaliação do Trabalho Social, sobretudo, a coordenação desta equipe deve preferencialmente ser realizado por profissional graduado em Serviço Social ou Sociologia.

É essencial portanto, a participação da equipe social no planejamento, execução e avaliação do empreendimento, conforme apresentado na Portaria 21 de 2014 do Ministério das Cidades (2014a), “[...] elaboração do Relatório de Diagnóstico da Demanda por Equipamentos e Serviços Públicos e Urbanos, além da Matriz de Responsabilidades, trabalhando de forma integrada com o Grupo de Análise de Empreendimentos, quando houver [...]”. O Diagnóstico Socioterritorial é um instrumento para apreender e interpretar os aspectos sociais, econômicos, produtivos e político-institucionais do território e da população beneficiária, “[...] buscando o envolvimento e a participação dos atores relevantes da comunidade, poderes públicos, setor privado.” (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2014, p. 53).

Marsiglia (2009, p. 392) lembra a importância da análise de documentos elaborados pelo assistente social, “[...] dirigida a textos escritos que podem servir como fonte de informação para a pesquisa: planos, programas, leis, decretos, artigos, atas, relatórios, ofícios, documentos, panfletos etc.” São fontes de dados para o planejamento, avaliação e reflexão do próprio trabalho.

Para melhor compreensão, o quadro apresentado pela Portaria 21, Ministério das Cidades (2014) do Manual de Instruções do Trabalho Social, indica as fases da execução do Trabalho Social junto às famílias beneficiárias.

Quadro 1 - Fases de Execução

Fases	1. Pós-assinatura do convênio TS	2. Pré-contratual com o beneficiário	3. Pós-contratual com o beneficiário/Pós-obra
Marcos Temporais	Da assinatura do convênio TS até a entrega do PTS à IF, com duração de até 12 meses ou até a obra atingir 65% de execução	Da aprovação do PTS pela IF até a assinatura do contrato com o beneficiário, devendo ser iniciado 8 meses antes da mudança das famílias	A partir da mudança das famílias com duração de até 12 meses
Instrumento de Planejamento	PTS-P	PTS	PDST
Atividades	- cadastro, seleção e hierarquização da demanda - elaboração e aprovação do PTS	- desenvolvimento das ações/atividades - elaboração e aprovação do PDST	- execução das ações/atividades descritas no PDST

Fonte: Ministério das Cidades (2014).

Na fase pós-contratual, ou seja, a fase posterior ou pós-obras às assinaturas dos contratos das casas, as atividades devem estar voltadas para a organização da associação de moradores, visando constituir uma representatividade para o bairro.

O Trabalho Social deve estimular a autonomia da família por meio da capacitação/profissionalização destes e, a “[...] difusão de noções sobre higiene, saúde e doenças individuais e da coletividade [...] articulação com as políticas públicas de educação, saúde, desenvolvimento urbano, assistência social, trabalho, cultura, esporte, meio ambiente, entre outras.” (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2014a).

Nesta perspectiva, o PDST orientar-se-á pela preocupação de oferecer aos moradores do Residencial Jardim Europa II, um canal aberto para discussão política e técnica como meio para o exercício da cidadania plena, o que lhe permitirá se posicionar como sujeito político junto às ações propostas, com vistas à melhoria da sua condição de vida. Portanto, o enfoque metodológico aqui defendido toma o cidadão como centro, não sugerindo demagogicamente, que ao povo tudo é permitido. Pretende-se afirmar que para uma tomada de decisões verdadeiramente democrática ocorrer, ela deve partir de alternativas reais a serem apresentadas e discutidas exaustivamente, inclusive os seus riscos e limites, sejam estes de natureza física, ambiental, econômica, social, cultural ou mesmo legal. (PREFEITURA DE ITUIUTABA, 2015, p. 13).

Portanto, conforme o Plano de Desenvolvimento Socioterritorial elaborado pela Equipe Técnica da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, o Trabalho Social busca orientar as famílias quanto ao imóvel, através da promoção social e participação das famílias, por meio do trabalho sócio educativo, visando o fortalecimento de vínculos sociais e associativos, com ações que dimensionam o acesso a saúde, geração de trabalho e renda, educação ambiental, sanitária e patrimonial.

3.3 A intersectorialidade a partir dos olhares dos participantes

A pesquisa é uma das formas de se produzir conhecimento e Marsiglia (2009, p. 383), ressalta como produção do conhecimento o exercício profissional do assistente social, o qual deve valorizar “[...] o saber que se origina do fazer profissional.” É neste sentido que este estudo foi construído, a partir das inquietações advindas do exercício profissional da pesquisadora.

A pesquisa tem como objetivo analisar a política de saúde e a intersetorialidade na política de habitação de Ituiutaba/MG. O método dialético foi utilizado para compreender a complexidade da política de saúde, suas contradições e conflitos, e desvendar esta realidade em sua totalidade (MINAYO, 2007).

A dialética associa o “[...] conhecimento da realidade no seu conjunto, ou totalidade, mas não de qualquer totalidade; e sim, daquela que não suprime as suas contradições, não retifica as suas sinuosidades e não desconsidera o seu caráter histórico, dinâmico e relacional.” (PEREIRA, 2014, p. 29). Portanto, torna-se fundamental para pensar a intersetorialidade na política de saúde. Assim,

[...] recorreremos à teoria social de Marx, para a qual o método é uma relação necessária entre sujeito que pesquisa/investigador e objeto pesquisado/realidade social, que permite ao sujeito reproduzir, idealmente, o movimento do objeto; relação necessária na medida em que é a única que permite ao sujeito conhecer realmente o que se passa com o objeto. (VASCONCELOS, 2009, p. 144).

O objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, e no Serviço Social, a valorização da pesquisa qualitativa tem se acentuado nas últimas décadas reflete Marsiglia (2009). Portanto, a pesquisa adota esta abordagem pois,

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. (MINAYO, 2007, p. 21).

Sabe-se que a realidade social “[...] é a cena e o seio do dinamismo da vida individual e coletiva com toda riqueza de significados dela transbordante. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela.” (MINAYO, 2007, p. 14). O que justifica a opção pela análise crítica da política de saúde e intersetorialidade, a qual é reforçada pelo pensamento de Paulo Netto (2009, p. 152):

Na acumulação teórica operada pelo Serviço Social é notável o fato de, naquilo que ela teve e tem de maior relevância, incorporar matrizes teóricas e metodológicas compatíveis com a ruptura com o conservadorismo profissional - nela se empregaram abertamente vertentes críticas, destacadamente as inspiradas na tradição marxista. Isto significa que, também no plano da produção de conhecimentos, instaurou-se um pluralismo que permitiu a incidência, nos referenciais cognitivos dos assistentes sociais, de concepções teóricas e metodológicas sintonizadas com os projetos societários das massas trabalhadoras (ou seja: de

concepções teóricas e metodológicas capazes de propiciar a crítica radical das relações econômicas e sociais vigentes). À quebra do quase monopólio do conservadorismo político na profissão seguiu-se a quebra do quase monopólio do seu conservadorismo teórico e metodológico.

A partir da orientação de Minayo (2007), durante a construção da pesquisa todas as fases foram desenvolvidas. A primeira ou a fase exploratória consistiu na produção do projeto de pesquisa e sua revisão, nos procedimentos para aproximação em campo, na definição e delimitação do objeto de estudo, onde a contribuição da Banca de Qualificação foi fundamental, entre outras etapas próprias desta fase. A pesquisa bibliográfica e documental esteve integrada nesta fase, a qual buscou cumprir a orientação da autora, em ser disciplinada, crítica e ampla.

A segunda fase envolveu o trabalho de campo, onde foram encontradas diversas dificuldades relacionadas ao período das eleições municipais, com as mudanças de gestores e chefias, entre outras, as quais foram solucionadas dentro dos limites institucionais. E, a terceira fase da pesquisa foi concretizada com a organização e análise dos dados.

O universo da pesquisa, “[...] entendendo-o como os locais e sujeitos que serão incluídos, o porquê destas inclusões (critérios de seleção) e em qual proporção serão feitas.” (DESLANDES, 2007, p. 47), foi definido a partir do objetivo do estudo, dos pressupostos e pela proximidade da pesquisadora com a realidade social, ou seja, o Residencial Jardim Europa II de Ituiutaba/MG. Do mesmo modo, considerou-se nesta escolha, o exercício profissional da pesquisadora no Residencial como um aspecto facilitador para aproximação com os participantes da pesquisa, à coleta de dados e a sistematização do conteúdo.

Justifica-se que, inicialmente, a pretensão da pesquisadora era realizar a coleta de dados em campo com os profissionais envolvidos e os moradores do Residencial, no entanto, optou-se pela escolha dos sujeitos diretamente envolvidos.

Assim, a seleção da amostra não-probabilística intencional, e a escolha dos participantes, seguiu as orientações de Deslandes (2007), para as pesquisas sociais com abordagem qualitativa; do mesmo modo, considerou as indicações da Banca de Qualificação para aprofundar o conhecimento desta realidade e possibilitar uma reflexão sobre a temática da política de saúde e a interdisciplinaridade, tendo como referência a habitação.

Desse modo, foram convidados a princípio como participantes da pesquisa, os profissionais que participaram do processo de Seleção das Famílias para o

PMCMV, os profissionais que participaram de todo processo do Trabalho Social do Pós Ocupação e os profissionais do Serviço Social da Saúde que atendem as famílias do Residencial.

A interação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa contribui para a escolha do instrumental de coleta de dados em campo, a entrevista semiestruturada: “[...] que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada.” (CRUZ NETO, 2007, p. 64).

Nas pesquisas das Ciências Sociais, a entrevista semiestruturada é “[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses.” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

[...] a participação do sujeito como um dos elementos de seu fazer científico, apóia-se em técnicas e métodos que reúnem características *sui generis*, que ressaltam sua implicação e da pessoa que fornece as informações. Neste sentido, talvez sejam a *entrevista semi-estruturada*, a *entrevista aberta ou livre*, o *questionário aberto*, a *observação livre*, o *método clínico* e o método de *análise de conteúdo* os instrumentos mais decisivos para estudar os processos e produtos nos quais está interessado o investigador qualitativo. (TRIVIÑOS, 1987, p. 146, grifo do autor).

A coleta de dados em campo, no desenvolvimento da pesquisa, é um dos momentos mais ricos e prazerosos para o pesquisador, aproxima da realidade e coloca a possibilidade de materializar suas reflexões e indagações: “O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade.” (CRUZ NETO, 2007, p. 61). No entanto, em razão do período eleitoral da administração municipal em 2016, em Ituiutaba/MG foram encontrados diversos limites, resistências e desafios, desde o primeiro contato, em especial, com Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS).

Dentro dos objetivos, foi pensado refletir as contribuições do exercício do profissional assistente social na política de saúde e intersetorialidade, sendo proposto como participantes, profissionais do Serviço Social na saúde. Porém, decorrente as implicações do processo político, não foi possível restringir a esta categoria, estendendo a pesquisa a outras áreas com profissionais atuantes na saúde e habitação.

Observa-se que as instituições ficam sujeitas às mudanças político partidárias, comprometendo o trabalho (ações, programas e serviços), os

funcionários e as possibilidades de analisar e refletir o próprio trabalho. Em pesquisa realizada na rede de saúde de Franca/SP e sua região de abrangência, a análise de Sarreta (2009) evidencia como as eleições podem comprometer o desenvolvimento do trabalho e seus trabalhadores.

É importante esclarecer que o contato com os participantes da pesquisa foi antecedente ao Exame de Qualificação, para verificar a possibilidade de participarem. A pesquisadora esclareceu o objetivo da pesquisa e a técnica para coleta de dados em entrevista semiestruturada, porém, diante dos problemas e do momento vivenciado decorrente do processo político do município e do país, houve resistência para a disponibilidade na entrevista. Assim, conforme solicitado pelos participantes foi repassado para eles o Formulário com as questões, sem a aplicação do instrumental pelo pesquisador.

Outras dificuldades foram encontradas para a identificação dos participantes, principalmente dos profissionais do Serviço Social, com afastamento por saúde e outras situações.

Portanto, foi preciso modificar o processo metodológico da pesquisa após a qualificação, o instrumental e/ou técnica, em virtude das sugestões das examinadoras e da coleta de dados junto aos participantes, assim como a escolha dos participantes, foi modificado e aplicado como questionário.

O questionário é um instrumento de pesquisa, constituído pôr uma série ordenada de perguntas referentes ao tema de pesquisa. Quando o Questionário é enviado para os pesquisadores responderem diretamente, precisa ser acompanhado de uma carta com explicações claras para o preenchimento correto, mas mesmo assim a porcentagem de respostas e devolução costuma ser muito pequena. [...] Os questionários [...] apresentam perguntas objetivas, muitas vezes com alternativas de respostas já codificadas, mas podem conter também algumas perguntas abertas. (MARSIGLIA, 2009, p. 391-392).

Neste sentido, a partir das possibilidades dadas pelo momento histórico, político e cultural, no processo de transição de governo municipal, aceitaram participar da pesquisa 4 (quatro) participantes envolvidos no trabalho do Residencial, são profissionais que realizam o trabalho nas Secretarias Municipais, com formações diversas, não apenas assistentes sociais, e realizam atividades direta ou indiretamente no Residencial. Sendo que, anteriormente foi pensado como participantes da pesquisa, dois assistentes sociais da saúde, duas assistentes

sociais do pós-ocupação e moradores do residencial que participassem das atividades executadas no Trabalho Social.

Dois profissionais do Serviço Social, considerados como possíveis participantes recusaram-se a participar da pesquisa, em virtude do período eleitoral do município.

Apesar de ser importante e valioso para a pesquisa social o conhecimento do perfil dos participantes, de suas experiências e conhecimentos, optou-se por não descrever o perfil, a formação profissional e o local de atuação, considerando-se o sigilo e exposição destes profissionais.

Para registro das “falas” dos participantes foi utilizada a escrita manual, com as questões e mantido o anonimato destes, com a devida descrição e compromisso ético com a identificação dos participantes. Considerando-se que o Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP, foi devidamente esclarecido e assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido por todos os participantes.

O recorte adotado na pesquisa foi a criação dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, de 2010 até 2015, ano em que foi entregue o conjunto do Residencial Jardim Europa II às famílias. A referência nos Parâmetros é importante: “A construção dessa abordagem no campo profissional pode encontrar resistências significativas e, portanto, a sua efetivação depende das respostas que os profissionais do campo da saúde possam dar para o avanço e consolidação do SUS.” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 239).

A organização e análise do conteúdo de todo o material seguiu a orientação de Minayo (2007), Cruz Neto (2007) e Deslandes (2007).

Ao Serviço Social, (IAMAMOTO, 2009, p. 193) é de suma importância o comprometimento ético-político e teórico-metodológico, no esclarecimento da vida social.

Estes elementos, aliados à *pesquisa da realidade*, possibilitam decifrar as situações particulares com que se defronta o assistente social no seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam. Mas requisita, também, um *profissional versado no instrumental técnico-operativo*, capaz de potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladora da participação dos sujeitos sociais nas decisões que lhes dizem respeito, na defesa de seus direitos e no acesso aos meios de exercê-los. (IAMAMOTO, 2009, p. 163, grifo do autor).

É de conhecimento que “[...] todo corpo profissional é um campo de tensões e de lutas.” (PAULO NETTO, 2009, p. 145), sendo que “[...] nos projetos societários (como, aliás, em qualquer projeto coletivo) há necessariamente uma *dimensão política*, que envolve relações de poder.” (PAULO NETTO, 2009, p. 143, grifo do autor).

Um contexto sócio-histórico refratário aos influxos democráticos *exige contraditoriamente, a construção de uma nova forma de fazer política — que impregne a formação e o trabalho dos assistentes sociais — capaz de acumular forças na construção de novas relações entre o Estado e a sociedade civil, que reduzam o fosso entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social, entre o desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais.* Requer, portanto, uma concepção de cidadania e de democracia para além dos marcos liberais. A cidadania entendida como capacidade de todos os indivíduos, no caso de uma democracia efetiva, de se apropriarem dos bens socialmente produzidos, de atualizarem as potencialidades de realização humana, abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado. Nessa concepção abrangente, a democracia inclui a socialização da economia, da política e da cultura na direção da emancipação humana, como sustenta Coutinho (2000). (IAMAMOTO, 2009, p. 165, grifo do autor).

A participação democrática, por meio do debate público, diz Iamamoto (2009), são propostas que idealizam na tentativa de solucionar conflitos existentes.

Um *projeto democrático* se constrói no jogo de poderes e contrapoderes, na receptividade às diferenças, na transparência das decisões, com publicização e controle constante dos atos de poder e na afirmação da soberania popular. Os assistentes sociais também são seus protagonistas sem abrir mão da crítica e do controle social do Estado. (IAMAMOTO, 2009, p. 166, grifo do autor).

Apesar de existir uma forte defesa das políticas públicas, retrata Bravo e Matos (2009) que espaços de controle social, não foram ocupados em grande maioria pelos assistentes sociais, apesar de ser considerado como atividade que pertença a seu trabalho, fazendo com que os profissionais, não consigam cumprir o compromisso feito com sua população usuária, fugindo assim dos objetivos prescritos no projeto ético-político da profissão.

A distância entre a prática profissional e os conteúdos teóricos da realidade da ação profissional, resultante da falta de leitura crítica do movimento da realidade, *revela um desperdício de oportunidades por parte dos assistentes sociais e demais profissionais de saúde diante das possibilidades de prática a serem captadas na realidade em que realizam suas ações, quando se objetiva redirecionar as políticas públicas na direção dos interesses dos usuários.* (VASCONCELOS, 2009, p. 254, grifo do autor).

Percebe-se a existência de uma demanda reprimida, cujo “[...] corte curativo em detrimento de uma concepção preventiva e coletiva que considere a saúde como resultante da qualidade geral de vida da população e não uma política reduzida ao controle de doenças.” (COSTA, M. D. H., 2009, p. 311), não existindo aumento no número de equipes nas instituições e na estrutura física, como materiais e equipamentos.

“Assim, assistente social é também um (a) trabalhador (a) assalariado (a), qualificado (a), que depende da venda de sua força de trabalho especializada para a obtenção de seus meios de vida.” (IAMAMOTO, 2009, p. 181, grifo do autor).

Embora o assistente social disponha de uma relativa autonomia na condução de seu trabalho — o que lhe permite atribuir uma direção social ao exercício profissional — os organismos empregadores também interferem no estabelecimento de metas a atingir. Detêm poder para normatizar as atribuições e competências específicas requeridas de seus funcionários, definem as relações de trabalho e as condições de sua realização — salário, jornada, ritmo e intensidade do trabalho, direitos e benefícios, oportunidades de capacitação e treinamento — o que incide no conteúdo e nos resultados do trabalho. (IAMAMOTO, 2009, p. 182).

Sendo o assistente social profissional inserido no mercado de trabalho, deve atuar em defesa dos direitos sociais, na busca pela democracia, contra o projeto neoliberal. Porém, Iamamoto (2009), reporta que as demandas atendidas pelos profissionais, tornam-se condicionadas as lutas sociais e as relações de poder, tornando assim a atenção voltada aos profissionais e empregadores.

Todavia, as atividades desenvolvidas sofrem outro vetor de demandas: as *necessidades dos usuários*, que, condicionadas pelas lutas sociais e pelas relações de poder, transformam-se em demandas profissionais, reelaboradas na ótica dos empregadores, no embate com os interesses dos usuários dos serviços profissionais. É nesse terreno denso de tensões e contradições sociais que se situa a atividade profissional (IAMAMOTO, 2009, p. 182-183, grifo do autor).

Pereira (2014, p. 24) diz que a intersetorialidade das políticas sociais é traçada pela dialética, “[...] caso queira ser fiel à realidade — que, por natureza, é dialeticamente histórica, contraditória e totalizante — e não pretende transformar decisões políticas, efetivamente conflituosas, em neutras prescrições administrativas.”

Uma medida necessária ao manejo dialético da intersetorialidade da política social é descobrir a importância de seus vínculos orgânicos essenciais (estruturais, conceituais e políticos) com outros fenômenos e processos, a

partir da constatação da inoperância do saber e da ação fragmentados, e conhecer os fundamentos teóricos e históricos dessa vinculação. (PEREIRA, 2014, p. 24).

Sendo assim, para compreensão dos olhares dos participantes na relação da política de saúde e habitação, na perspectiva intersetorial, a pesquisadora buscou conhecer a realidade destes participantes, onde foi priorizado o anonimato destes, optando pelas Siglas S1, S2, S3 e S4. As “falas” dos sujeitos estão apresentadas em *itálico*, para diferenciar das citações dos autores no corpo do texto.

Em relação ao significado de saúde, pelos participantes foi apresentada na pesquisa, sua relação com o estado físico e mental, o que enfatiza à concepção ampliada de saúde.

É bem estar físico e psíquico. (S1).

Saúde significa o perfeito funcionamento do corpo humano, tanto físico e mental. (S2).

É um estado físico e psicológico que envolve o individuo durante sua vida, podendo estes serem positivos ou negativos. Este estado influencia no comportamento e na disposição do corpo e da mente. (S3).

Um destes participantes define a concepção de saúde em sua amplitude, embasada na Organização Mundial de Saúde respeitando as particularidades das pessoas:

O conceito que norteia o meu trabalho transcende o conceito estabelecido pela Organização Mundial de Saúde em 1946, na qual define saúde como estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez. O meu trabalho é orientado pelo seguinte conceito: O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Portanto, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais, das concepções científicas, religiosas e filosóficas. (S4).

Quanto à intersetorialidade, como a Política de Saúde e Assistência Social, Giaqueto (2010) reflete que existem dificuldades no diálogo entre as áreas, como secretarias, prefeituras e outros órgãos em virtude da ausência de informações e a setorialização das políticas, evidenciando sua fragmentação, o que implica na efetivação da intersetorialidade.

Sendo assim, a para os participantes enfatizam a intersetorialidade em ações focadas a diferentes setores, não apontando aspectos que condizem a real demanda e necessidade da população:

Ação focada na busca da promoção de produtos sociais em comum com parceria de vários setores. (S1).

São ações ou parcerias que permite a articulação entre vários setores públicos que possam ter impactos positivos sobre a população. (S2).

É a reunião de vários setores de uma organização para a execução de melhorias nos departamentos relacionadas a saúde, a educação, ao social e outras. (S3).

Referente à realização de um trabalho intersetorial, foram apresentadas análises, afirmando que realizam este trabalho. É perceptível enquanto pesquisadora e atuante no Trabalho Social realizado com as famílias, que existe uma intersectorialidade prevista nas atividades do Programa Minha Casa, Minha Vida e nas legislações vigentes que respaldam este trabalho, porém há dificuldades na efetivação da intersectorialidade articulada principalmente à saúde.

Sim. No atendimento das demandas apresentadas pelos moradores dos Residenciais pertencentes ao Programa Minha Casa, Minha Vida, faixa 1, articulando a participação dos beneficiários com as redes, associações, conselhos da área de intervenção, articulação com todas secretarias e quando necessário da área mais ampla. (S1).

Sim, trabalho no processo de seleção de famílias do Programa Minha Casa, Minha vida, onde somos uma equipe de profissionais com diferentes tarefas em prol de um único objetivo. (S2).

Em relação ao conhecimento do Residencial Jardim Europa II, os participantes relatam a experiência.

Sim. Os moradores deste Residencial são advindos de demanda aberta, isto é, aquela oriunda de sorteio e não de demanda indicada (famílias em situação de risco, moradia precária, áreas com risco de desabamentos, famílias desapropriadas, etc.) São famílias com renda mensal de 1 à 2 salários mínimos, composição familiar predominantemente de 3 membros por família, faixa etária predominante de 10 à 14 anos, escolaridade do 5º ao 8º ano, pessoas com algum tipo de deficiência 28 e 98,9 % dos chefes de famílias são do sexo feminino. (S1).

Sim, o Residencial Novo com 328 unidades, infraestrutura completa, acesso a escola e saúde, ressalto ainda que foi realizado um Trabalho Social com as famílias em um período de 10 meses. (S2).

Sim. Conheço através do Trabalho Social executado com as famílias beneficiárias do Programa do Governo Federal Minha Casa, Minha Vida no ano de 2016. (S3).

A proposta de trabalho com as famílias no Residencial é um dos aspectos mais importantes para a garantia da qualidade de vida, de saúde e de habitação, e

uma contribuição significativa dos profissionais. Em relação à proposta de trabalho para as famílias refletem:

Sim. A proposta é feita através de apresentação de projetos, cujas ações são voltadas para a geração de trabalho e renda com o oferecimento de cursos profissionalizantes e encaminhamento para o mercado de trabalho. Dentro deste projeto é realizada conscientização da preservação do meio ambiente, descarte correto de lixo, palestras educativas (saúde, educação, trânsito), atividade física, incentivo à representatividade, com a criação e legalização de Associação de Moradores, entre outros. (S1).

A partir do Trabalho Social foi criado uma Associação de Bairro para dar continuidade em todas as atividades desenvolvidas. (S2).

Foi realizado um trabalho Social durante 10 meses no Residencial o qual eu fazia parte da Equipe da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social/ Ituiutaba. Este Trabalho abrangeu eixos importantes como o de mobilização, organização e fortalecimento social; desenvolvimento socioeconômico; educação ambiental e patrimonial. Várias ações foram desenvolvidas entre elas podemos citar as palestras educativas com a participação de profissionais de áreas diferentes (saúde, educação, social, jurídica). Também os Cursos profissionalizantes, exercícios físicos também fizeram partes destas ações. E, a Associação dos Moradores foi criada e devidamente registrada para dar continuidade as demandas dos moradores perante aos gestores e sociedade.(S3).

Com relação à organização do trabalho junto às famílias do Residencial, foi exposto, somente por S1 e S3, as definições e o planejamento do PDST. Apesar desta organização cabe refletir que o processo de elaboração das atividades é dependente da fase de obras do residencial, e durante este processo as famílias previamente selecionadas após análise das documentações, em alguns casos não enquadram no Programa, sendo selecionadas novas famílias que descaracterizam o diagnóstico previamente elaborado.

Este trabalho está organizado por etapas. Cada etapa equivale à 1 mês e o projeto é desenvolvido por um período de aproximadamente um ano, dividido na fase pré-contratual e pós-contratual, trabalha eixos que identificam mobilização, organização comunitária, saneamento básico, e questões ligadas aos aspectos em cada eixos (S1).

No que diz respeito ao bairro a Associação de Moradores ficou responsável por representar os moradores no que for preciso perante aos Órgãos responsáveis por cada departamento. (S3).

Foi questionado o conhecimento relacionado aos problemas com violência, saúde, educação, transporte, dentre outros, que enfrentam enquanto profissionais, para atender a população, não foi apresentado resposta por S2 e S4. Percebe-se

que foram identificadas por S1 questões que se relacionam ao bem estar social, físico e educacional.

Existem várias questões que necessitam de melhoria como o descarte de lixo, o acesso à saúde, pois não existe no residencial equipamentos de saúde, a precariedade do transporte público, porém o que mais causa preocupação é a vulnerabilidade de crianças e adolescentes que ficam nas ruas expostas aos perigos que o tráfico de drogas apresenta, enquanto seus pais estão no trabalho. (S1).

Um dos participantes da pesquisa faz uma análise, mas referencia um fator importante com relação aos desafios profissionais em articular-se com as Redes e Instituições, o que fragmenta o acesso e atendimento às famílias do Residencial as políticas públicas.

Não tivemos problema algum. Tanto a equipe Técnica com a Equipe Executora do Trabalho Social foram bem recebidos pelos moradores, apesar dos desafios encontrados no contato com as demais Redes/Instituições que atendem as famílias. (S3).

Quanto à articulação dos equipamentos sociais como creches, escolas, saúde, 3 (três) participantes relataram a existência dessa articulação. Durante o exercício profissional foi perceptível às inquietações dos moradores por dependerem da disponibilidade de vagas para atendimento nos equipamentos sociais de bairros adjacentes, cujo Projeto de Trabalho Social conforme previsto na legislação torna-se deficiente, por não fornecer o acesso adequado das famílias às políticas públicas.

Sim. A SEDS oferece atendimento diário para estas famílias orientando e encaminhando as demandas apresentadas aos órgãos responsáveis. Esta Secretaria possui uma equipe técnica que acompanha o Trabalho Social realizado no Residencial e dentro deste trabalho, existem ações articuladas com as Secretárias de Saúde e de educação, para que estes moradores se reúnam com os responsáveis destas Secretarias, apresentando suas demandas e buscando soluções em comum acordo. Porém não é feito atendimento amplo nos equipamentos sociais conforme as demandas. O Trabalho Social compreende um conjunto de ações, realizado a partir da elaboração de um diagnóstico com a finalidade de conhecer o perfil das famílias que residirão no local, visando promover o exercício da participação e a inserção social destas famílias em articulação com as demais políticas públicas, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida e sustentabilidade dos bens, equipamentos e serviços implantados. O Programa prevê a construção de equipamentos sociais dentro ou próximo do empreendimento, porém no nosso município, em especial no Residencial Jardim Europa II, estes equipamentos ainda não foram construídos, existindo os projetos. (S1).

Sim, existe toda uma parceria com os órgãos responsável para dar suporte as famílias, como transporte escolar, CRAS e PSF em sua adjacências. (S2).

Sim. A parceria foi de grande relevo durante o período de realização do Trabalho Social. O residencial tem como suporte o CRAS Alvorada, o PSF Alvorada e diversas escolas. (S3).

Durante um diálogo informal da pesquisadora com os profissionais da saúde, foi exposto que apesar do acesso a Política Habitacional por meio do PMCMV, tornam-se agravantes para saúde e os fatores referentes ao acesso às demais políticas.

Como já mencionado por S1, o Residencial Jardim Europa II não receberá equipamentos sociais, o que implica no sucateamento das demais políticas, com o aumento de atendimentos e intensificação de demandas nos equipamentos de sua abrangência.

Em relação à saúde no Residencial, foi colocada pelo sujeito a seguinte análise:

Todo planejamento de saúde é fundamentado através de indicadores, a extração destes se dá por meio de diagnóstico local como todos os dados relacionados (território, geografia e ambiente, urbanização/acesso, características dos domicílios, perfil demográfico, perfil socioeconômico, perfil institucional, perfil epidemiológico e perfil de serviços), para tanto se faz necessário que uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) esteja implantada no território. No Residencial Jardim Europa II não possui uma equipe ESF. Contudo, a população é assistida pela ESF do Bairro Alvorada. (S4).

Na relação entre a política de saúde e habitação, não há relação de um trabalho intersetorial, por não existirem propostas de trabalho dimensionadas a este modelo e, a ausência de uma e a ausência de contrapartida e mediação dos gestores destas políticas, sendo exposto pelos participantes da pesquisa que:

Entre as políticas de saúde e de habitação não está fortemente inter-relacionada. (S4).

Quanto à relação intersetorial entre as políticas de habitação e saúde, é considerado precária, porém têm utilizado estratégias, a partir da intersetorialidade:

Com objetivo de disponibilizar assistência à saúde para população do Residencial, ações de promoção de saúde e prevenção de patologias são realizadas pela equipe ESF Alvorada, Saúde Bucal e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). (S4).

Os resultados evidenciam que o desenvolvimento do trabalho intersetorial na saúde com as demais políticas sociais, requer o planejamento conjunto para definir o caminho a ser percorrido pelos profissionais. Sobretudo, a atuação intersetorial requer o esforço do diálogo de diferentes áreas e profissões, não deve se basear em decisões pessoais e interferências político partidárias, mas sim profissionais, institucionais e políticas.

Acredita-se que para isso é fundamental o investimento em mecanismos democráticos e participativos, os quais favoreçam a articulação, a comunicação e os relacionamentos. Inclusive buscando a ruptura com a cultura institucional, no sentido de estabelecer novas relações entre os profissionais envolvidos, para que o trabalho seja efetivamente cooperativo e compartilhado, interdisciplinar e intersetorial.

Para além da construção das casas – da habitação, é preciso investir nas relações com as famílias e suas necessidades sociais no Residencial Jardim Europa II. Compreendendo estas necessidades sociais em todos os aspectos que envolvem a vida destes participantes – relações, emoções, saúde, educação, transporte, assistência social, renda, trabalho, lazer.

Foto 3 - Trabalho Social com as famílias do Residencial Jardim Europa II



Fonte: Equipe Técnica Pós-Ocupação, 2016.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social tem desafios expressivos para efetivar a atuação profissional na saúde na perspectiva intersetorial. Diante da desconstrução dos direitos sociais e do Sistema Único de Saúde, o Código de Ética Profissional e os Parâmetros, são referências significativas para a direção do trabalho e do Projeto Ético-Político Profissional.

Neste sentido, a reflexão de Paulo Netto (2009, p. 144, grifo do autor) é importante:

Os projetos profissionais [...] são *estruturas dinâmicas*, respondendo às alterações no sistema de necessidades sociais sobre o qual a profissão opera, às transformações econômicas, históricas e culturais, ao desenvolvimento teórico e prático da própria.

Para o autor, os projetos estão pautados em dimensões políticas, relacionado aos projetos societários e de profissão. Porém, é determinante que os projetos profissionais distanciam-se da formulação de estruturas dinâmicas que dimensionam as transformações econômicas e também sociais. Estão aliados por imposição de tensões políticas e interferências de gestores ao projeto privatista de focalização, previsto na prática neoliberal, que impõe ao Estado o papel de acesso mínimo as políticas, com a transferência de responsabilidades.

Diante desta dinâmica sociopolítica, é fundamental estimular a organização de fóruns mais amplos de representação e participação social e política, não-institucionalizados, menos formalizados e burocratizados, por isso, mais permeáveis à participação popular, como instrumentos dinamizadores e ativadores dos Conselhos no sentido de garantir que estes possam ganhar maior representatividade e legitimidade social. (RAICHELIS, 2009, p. 86).

Ao Serviço Social, segundo Iamamoto (2009), cabe à viabilização de direitos, atuando nos interesses dos sujeitos, e tornam-se importantes por meio de uma perspectiva teórico-metodológica que vise nortear o projeto de profissão.

A categoria profissional desenvolve uma ação de cunho sócio-educativa na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos de direitos adquiram visibilidade na cena pública e possam, de fato, serem reconhecidos. Esses profissionais afirmaram o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços prestados, em contraposição à herança conservadora do passado. Importantes investimentos acadêmico-profissionais foram realizados no

sentido de se construir *uma nova forma e fazer o Serviço Social, orientadas por uma perspectiva teórico-metodológica apoiada na teoria social crítica e em princípios éticos de um humanismo radicalmente histórico*, norteadores do projeto de profissão no Brasil. (IAMAMOTO, 2009, p. 166-167, grifo do autor).

Aspectos centrados nas relações alocadas no processo de trabalho dos profissionais da saúde e habitação precisam ser desconstruídos, visando à integralidade no acesso da população às políticas de saúde articuladas a um trabalho intersetorial. Tornando necessária uma educação permanente que articule junto aos profissionais, poder público e população buscando compreender a realidade de cada território.

É preciso pensar políticas públicas para atendimento às demandas dos sujeitos a serem atendidos, respaldando ao Projeto Ético-Político de cada profissão, esquivando-se de políticas partidárias.

Outros pontos estão relacionados, como a falta de autonomia, a desarticulação dos setores e dos profissionais, cuja “[...] prática da maioria dos assistentes sociais não remete ao projeto hegemônico, mas está hipotecada aos condicionantes político-institucionais que limitam suas escolhas.” (VASCONCELOS, 2009, p. 153). Para a autora:

[...] há uma desconexão, uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais, os quais, direta ou indiretamente, tomam como referência o projeto ético-político e as possibilidades de prática contidas na realidade, objeto da ação profissional, as quais só podem ser apreendidas a partir de uma leitura crítica da realidade, fruto de uma conexão sistemática – ainda não existente – entre a prática profissional e o debate hegemônico na categoria. (VASCONCELOS, 2009, p. 145, grifo do autor).

Portanto, o trabalho intersetorial é um desafio permanente que precisa ser reafirmado e reconhecido como prioridade na atuação do assistente social da saúde e profissionais das diversas áreas. Existe um trabalho intersetorial articulado à saúde prevista nas Portarias que regem o Programa Minha Casa, Minha Vida e também nos Parâmetros Para Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, porém é perceptível além da interferência das gestões, o descompromisso de alguns setores em propor alternativas que viabilizem este modelo de trabalho.

É notória a desarticulação e o descompromisso político com a garantia do acesso as políticas públicas, ocasionando um retrocesso às políticas sociais. A política de saúde está distante da intersetorialidade. Inegável a desarticulação das

políticas e as estratégias para que estas sejam de fato determinadas para integralidade no atendimento as demandas.

O sucateamento da saúde traz reflexões que possivelmente espalham-se em outros municípios. Percebe-se o descaso com as famílias, onde gestores aceitam projetos que os proporcione visibilidade, movido pelo descompromisso com a efetivação de políticas que atendam as demandas de cada residencial.

As tensões ocasionadas pelas interferências políticas impedem aos profissionais que atuem respaldados no Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social, os quais são submetidos e impulsionados a sobrecarga de trabalho e a lógica neoliberal, com a fragmentação e focalização de políticas. É preciso prever políticas que atendam intersetorialmente e integralmente as necessidades sociais, visando à qualidade de vida.

Estas considerações demonstram a importância do estudo, da formação permanente e qualificada, e levam a novos questionamentos e inquietações para futuras pesquisas, estudos e análises, levando à seguinte interrogação: como a Universidade Federal de Uberlândia e o Curso de Serviço Social pode contribuir para que exista a intersetorialidade na saúde do município de Ituiutaba/MG?

REFERÊNCIAS

BATALHA, E.; DOMINGUEZ, B. Alerta máximo contra retrocessos. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 169, p. 10-12, out. 2016.

BEHRING, E. R. Política social e política de saúde. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2010.

BERTANI, I. F.; SARRETA, F. O. L. Perspectiva da educação permanente em saúde. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 4, n. 3, [p. 1-10], 2009.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Lei Ordinária n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. p. 25.694. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____. Lei n. 11.977, de 7 de julho de 2009. Dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida – PMCMV e a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas; altera o Decreto-Lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941, as Leis nºs 4.380, de 21 de agosto de 1964, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 10.257, de 10 de julho de 2001, e a Medida Provisória nº 2.197-43, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jul. 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11977.htm>. Acesso em: 1 maio 2017.

_____. Lei n. 12.424, 16 de junho de 2011. Altera a Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009, que dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV e a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas, as Leis nºs 10.188, de 12 de fevereiro de 2001, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 4.591, de 16 de dezembro de 1964, 8.212, de 24 de julho de 1991, e 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.197-43, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 jul. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12424.htm#art1>. Acesso em: 1 maio 2017.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: _____. et al. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

_____.; _____. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____.; MENEZES, J. S. B. Participação popular e controle social na saúde. In: _____.; _____. (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ : Rede Sirius, 2011. (Cadernos de Saúde).

_____.; _____. A política de saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas: Papel Social, 2013.

BURLANDY, L. Um olhar sobre a intersectorialidade a partir da experiência de construção do campo da segurança alimentar e nutricional no Brasil. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

CAIXA antecipa entrega das chaves do Residencial Jardim Europa II. Ituiutaba, 2015. Disponível em: <<http://pontalemfoco.com.br/destaque-noticias/caixa-antecipa-entrega-das-chaves-do-residencial-jardim-europa-ii/>>. Acesso em: maio 2017.

CARVALHO, L. H. **As condições de vida dos assentados da região de Andradina: a realidade e os indicadores de avaliação da política pública de reforma agrária**. 2013. 228 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2013.

CARVALHO, M. C. B. **Trabalho social na habitação, conceitos básicos e novas diretrizes do Ministério das Cidades para o trabalho social**. Florianópolis: NUTE : Ed. UFSC, 2014. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/1244743-Trabalho-social-na-habitacao-conceitos-basicos-e-novas-diretrizes-do-ministerio-das-cidades-para-o-trabalho-social.html>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

CASTANHO, R. B.; SOUTO, T. S. A importância da orizicultura na constituição do espaço geográfico: evolução e dinâmica da produção de arroz no período de 1930 e 2010 em Ituiutaba Minas Gerais – MG, Brasil e a inserção de novas culturas. **Cadernos de Geografia: Revista Colombiana de Geografia**, Bogotá, v. 23, n. 1, p. 93-107, 2014.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF, 2010. (Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais).

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. **Relatório Final**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

COSTA, R. A.; MARTINS, F. P. A compartimentação do relevo como subsídio aos estudos ambientais no município de Ituiutaba-MG. **Sociedade e Natureza**. Uberlândia, v. 26, n. 2, p. 317-331, maio/ago. 2014.

CRUZ NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

DESLANDES, S. F. A construção do Projeto de Pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

DI GIOVANNI, G. As estruturas elementares das políticas públicas. **Caderno de Pesquisa**, Campinas, n. 82, [p. 1-32], 2009. Disponível em: <<https://observatorio03.files.wordpress.com/2010/06/elementos-das-politicas-publicas.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

ENCONTRO NACIONAL CFESS/CRESS, 21., 2000, Maceió. **Relatório de deliberações**. Maceió, 2000. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/relatorio_2000_29.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

FERREIRA, S. T. et al. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, M. I. S. ET. AL. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

GIAQUETO, A. A descentralização e a intersetorialidade na política de assistência social. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 9, n. 10, p. 70-102, dez. 2010.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico -metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 15, n. 33, p. 261-384, jul./dez. 2013.

LATERZA CONSTRUÇÕES. **Obras realizadas**: Ituiutaba MG. Uberaba, [2017]. Disponível em: <<http://construtoralaterza.com.br/obras-realizadas/residencial-jardim-europa-ii/>>. Acesso em: maio 2017.

LIMA, A. M. C. A. et al. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O Projeto das Residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, L. D. **O impacto do trabalho doméstico na saúde das mulheres assentadas: um estudo no assentamento Novo Pântano Mariano Ituiutaba/MG**. 2014. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Uberlândia, Ituiutaba, 2014.

MINAYO, M. C. S. Ciência técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINISTÉRIO DAS CIDADES. Portaria n. 465, de 3 de outubro de 2011. Dispõe sobre as diretrizes gerais para aquisição e alienação de imóveis por meio da transferência de recursos ao Fundo de Arrendamento Residencial - FAR, no âmbito do Programa Nacional de Habitação Urbana - PNHU, integrante do Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 191, seção 1, p. 31, 4 out. 2011a. Disponível em: <http://www.lex.com.br/doc_22107651_PORTARIA_N_465_DE_3_DE_OUTUBRO_DE_2011.aspx DA.pdf>. Acesso em: 1 maio 2017.

_____. Portaria n. 610, de 26 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os parâmetros de priorização e o processo de seleção dos beneficiários do Programa Minha Casa, Minha Vida – PMCMV. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 2011b. Seção 1. p. 59-60. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSNH/ArquivosPDF/Portarias/Portaria_610_compilada_2012_07_12.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2017.

_____. Portaria n. 168, de 12 de abril de 2013. Dispõe sobre as diretrizes gerais para aquisição e alienação de imóveis com recursos advindos da integralização de cotas no Fundo de Arrendamento Residencial - FAR, no âmbito do Programa Nacional de Habitação Urbana - PNHU, integrante do Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 71, Seção 1, p. 101-106, 15 abr. 2013a. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=15/04/2013&jornal=1&pagina=101&totalArquivos=148>>. Acesso em: 15 maio 2017.

_____. Portaria n. 518, de 8 de novembro de 2013. Dá nova redação à Portaria nº 168, de 12 de abril de 2013, do Ministério das Cidades, que dispõe sobre as diretrizes gerais para aquisição, requalificação e alienação de imóveis com recursos advindos da integralização de conta no Fundo de Arrendamento Residencial (FAR), no âmbito do Programa Nacional de Habitação Urbana (PNHU), integrante do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 219, Seção 1, p. 62-64, 11 nov. 2013b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/11/2013&jornal=1&pagina=62>>. Acesso em: 15 maio 2017.

MINISTÉRIO DAS CIDADES. Portaria n. 21, de 22 janeiro de 2014. Aprova o Manual de Instruções do Trabalho Social nos Programas e Ações do Ministério das Cidades. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, n. 16, Seção 1, p. 39, 23 jan. 2014.

Disponível em:

<http://www.lex.com.br/legis_25247243_PORTARIA_N_21_DE_22_DE_JANEIRO_DE_2014.aspx>. Acesso em: 1 out. 2016

_____. Portaria n. 829, de 30 de dezembro de 2014. Dá nova redação à Portaria nº 595/2013, do Ministério das Cidades, que dispõe sobre os parâmetros de priorização e sobre o processo de seleção dos beneficiários do Programa Minha Casa, Minha Vida - P M C M V. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 1, Seção 1, p. 91, 2 jan. 2015a. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/01/2015&jornal=1&pagina=91&totalArquivos=128>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

_____. Portaria n. 412, de 6 de agosto de 2015. Aprova o Manual de Instruções para Seleção de Beneficiários do Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 150, Seção 1, p. 40-43, 7 ago. 2015b.

Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/08/2015&jornal=1&pagina=40&totalArquivos=88>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

_____. Portaria n. 163, de 6 de maio de 2016. Institui o Sistema Nacional de Cadastro Habitacional (SNCH) e aprova o Manual de Instruções para Seleção de Beneficiários do Programa Nacional de Habitação Urbana (PNHU), no âmbito do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 87, Seção 1, p. 117, 9 maio 2016a. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/05/2016&jornal=1&pagina=117&totalArquivos=216>>. Acesso em: 1 abr. 2017.

_____. Portaria n. 158, de 6 de maio de 2016. Dispõe sobre as condições gerais para aquisição de imóveis com recursos advindos da integralização de cotas no Fundo de Arrendamento Residencial (FAR), no âmbito do Programa Nacional de Habitação Urbana (PNHU), integrante do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 87, Seção 1, p. 107-116, 9 maio 2016b. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/05/2016&jornal=1&pagina=107&totalArquivos=216>>. Acesso em: 17 maio 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006a. Seção 1. p. 43-51. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 12 maio 2017.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.

Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006b.

_____. **Entendendo o SUS**. Brasília, DF, 2006c.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

_____.; SOUZA, R. G. Intersectorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: _____.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

MONTAÑO, C. E. O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 8, [p.1-13], 2002. Disponível em: <http://www.pucsp.br/neils/downloads/v8_carlos_montano.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

MOTA, A. E. S. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: _____. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PAULO NETTO, J. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PAZ, R. D. O.; TABOADA, K. J. Cidades, desigualdades e territórios. In: MINISTÉRIO DAS CIDADES. Secretaria Nacional de Habitação. **Trabalho social em programas e projetos de habitação de interesse social: Ensino à Distância – EAD**. Brasília, DF, set. 2010. Disponível em: <<http://www.capacidades.gov.br/media/doc/biblioteca/SNH004.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

PIMENTEL, E. **Uma “nova questão social”?** Raízes materiais e humano-sociais do pauperismo de ontem e de hoje. 2. ed. rev. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

PREFEITURA DE ITUIUTABA. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. **Plano de Desenvolvimento Socioterritorial**. Ituiutaba, 2015.

RAICHELIS, R. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RAVAGNANI, C. L. C. **A saúde na formação profissional em Serviço Social**. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2010.

REDESAN. **Conceituando equipamentos sociais**. Porto Alegre, 2009. (Módulo introdutório).

RIBEIRO, V. M. C. Prefácio. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

ROCHA, R. L. Contra o colapso do SUS. **Radis**, Rio de Janeiro, n. 169, p. 3, out. 2016.

RODRIGUES, J. M. S. A intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e de assistência social pós constituição brasileira de 1988. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS: Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital, 5., 2011, São Luís. **Anais....** São Luís: Ed. Universidade Federal do Maranhão, 2011.

SANTOS, F. C. **A logística reversa de resíduos sólidos em Ituiutaba: do diagnóstico à elaboração de um modelo pró-ativo**. 2007. 169 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

_____. O trabalho do assistente social na saúde. **Revista Ciência et Praxis**, Passos, v. 1, n. 2, p. 39-46, 2008.

SILVA, E. **Mulheres assentadas e Saúde: uma análise a partir do PSF**. 2011. 177 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2011.

SIMÕES, C. **Curso de direito do serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca básica de Serviço Social, v. 3).

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. E. S. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

YAZBEK, M. C. Sistemas de proteção social, intersetorialidade e integração de políticas sociais. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

APÊNDICES

Apêndice A - Modelo de Questionário

1. Identificação
2. Qual a concepção de saúde que orienta seu trabalho?
3. Como está a saúde no Residencial Jardim Europa II? E em Ituiutaba?
4. Para você, como é a relação da política de saúde com a política de habitação?
5. No seu trabalho acontece a relação da intersectorialidade da saúde e da habitação?
6. Que estratégias intersectoriais você tem utilizado no atendimento às famílias do residencial?
7. Você conhece a Universidade Federal de Uberlândia, a UFU?
8. Você tem participado de alguma atividade na Universidade?

Apêndice B - Modelo de Questionário

1. Identificação

Idade:

Tempo Residência no Município:

Formação:

Local de Trabalho:

Tempo de Trabalho Neste Local:

2. O que significa saúde?

3. E o que significa intersectorialidade?

4. Você realiza um trabalho intersectorial?

5. Conhece o Residencial Jardim Europa II? Mencione sobre seu conhecimento com relação ao Residencial.

6. Existe uma proposta de trabalho para as famílias do Residencial?

7. Como está organizado o trabalho para atender as famílias do Jardim Europa?

8. Quais problemas têm enfrentado enquanto profissional, para atenderem as famílias do Residencial? (Ex: Violência, Educação, Saúde)

9. Os equipamentos sociais (Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Secretaria Municipal de Saúde, Escolas) estão articulados para atenderem estas famílias?

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: _____
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE: RG Nº _____ SEXO: M () F ()
 ENDEREÇO: _____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
 CEP: _____ FONE: _____

Eu, _____, declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **POLÍTICA DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: análise do Serviço Social na habitação em Ituitaba/MG.** O projeto de pesquisa será conduzido por **Lorrainy Dias Mendes**, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, orientado pela Profa. Dra. **Fernanda de Oliveira Sarreta**, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação da Dissertação de Mestrado, observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. A pesquisa terá como objetivo: estudar os efeitos do desenvolvimento das políticas públicas de saúde a partir dos equipamentos sociais no município de Ituitaba/MG e sua região; pensar a contribuição da Universidade Federal de Uberlândia e do Curso de Serviço Social na política de Saúde e, pesquisar a relação da intersetorialidade na política de saúde e habitação. Foi esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, ____ de _____ de 2016.

 Assinatura do participante

(assinatura)

Pesquisador Responsável

Nome:

Endereço:

E-mail:

 (assinatura)

Orientador

Nome:

Endereço:

E-mail:

ANEXOS

Anexo A - Declaração da instituição para autorização da realização da pesquisa



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a pesquisadora _____,
_____, está autorizada a realizar pesquisa nesta
instituição _____, Endereço: _____,
Cidade: _____, CNPJ: _____.

Ituiutaba /MG, ____ de _____ de 2016.

Nome/RG. do Diretor ou responsável pela Instituição

Anexo B - Comprovante Envio de Projeto ao CEP

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: análise do Serviço Social na habitação Ituiutaba/MG
Pesquisador: Lorrainy Dias Mendes
Versão: 1
CAAE: 59657516.7.0000.5408
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 091038/2016
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto POLÍTICA DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: análise do Serviço Social na habitação Ituiutaba/MG que tem como pesquisador responsável Lorrainy Dias Mendes, foi recebido para análise ética no CEP UNESP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/Camp. de Franca em 08/09/2016 às 09:02.

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8724 **E-mail:** comiteetica@franca.unesp.br

Anexo C - Parecer Consubstanciado do CEP

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: análise do Serviço Social na habitação Itulutaba/MG

Pesquisador: Lorrainy Dias Mendes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 59657516.7.0000.5408

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.788.198

Apresentação do Projeto:

O projeto se apresenta dentro das normas científicas esperadas.

Objetivo da Pesquisa:

Estão claro e são passíveis de execução.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora fez uma avaliação coerente, tanto dos riscos quanto dos benefícios da pesquisa em questão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

–

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão em conformidade com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Recomendações:

–

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900
Bairro: Jd. Antonio Petraglia CEP: 14.409-160
UF: SP Município: FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 Fax: (16)3706-8724 E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

Continuação do Parecer: 1.788.198

Considerações Finais a critério do CEP:

A coordenadora aprova "ad referendum" do colegiado o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	P8_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_788019.pdf	18/10/2016 14:36:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/10/2016 12:01:47	Lorrainy Dias Mendes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao2.pdf	05/09/2016 10:09:10	Lorrainy Dias Mendes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO.pdf	05/09/2016 10:08:06	Lorrainy Dias Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/09/2016 09:59:54	Lorrainy Dias Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	05/09/2016 09:56:50	Lorrainy Dias Mendes	Aceito
Folha de Rosto	Doc1.pdf	05/09/2016 09:55:09	Lorrainy Dias Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FRANCA, 24 de Outubro de 2016

Assinado por:
Helen Barbosa Raiz Engler
(Coordenador)

Endereço: Av. Euzásio Monteiro Petraglia, 900
Bairro: Jd. Antonio Petraglia CEP: 14.409-160
UF: SP Município: FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 Fax: (16)3706-8724 E-mail: comiteetica@franca.unesp.br